

Résection endoscopique de la prostate soins post-opératoires et complications

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis JANNIN

Né le 8 Juillet 1914, à OUROUX-SUR-SAONE (Saône-et-Loire)

Ancien-Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne



LYON

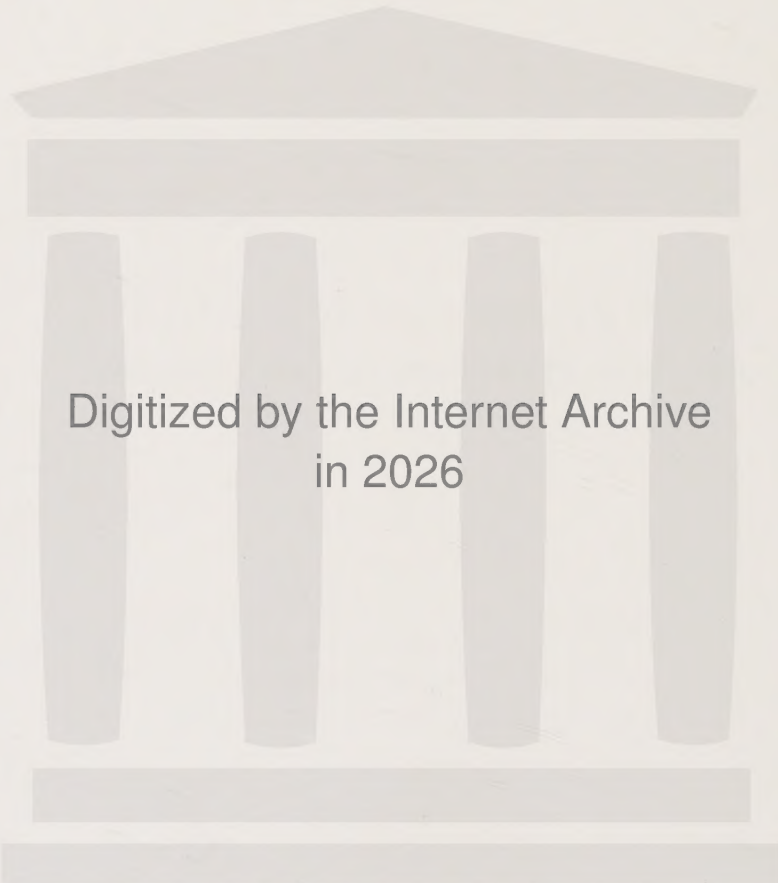
BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939 —

Résection endoscopique de la prostate
soins post-opératoires et complications



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 91

Résection endoscopique de la prostate soins post-opératoires et complications

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Mai 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis JANNIN

Né le 8 Juillet 1914, à OUROUX-SUR-SAONE (Saône-et-Loire)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. CLUZEL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. FROMENT	SAVY.
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophtalmologique		PATEL.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		VORON.
Clinique médicale infantile		BONNET.
Clinique gynécologique.....		FAVRE.
Clinique Oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique urologique.....		MOURIQUANI
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		COTTE.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		REBATTU.
Clinique des maladies infectieuses		CIBERT.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		FAVERNIER.
Chimie biologique et médicale		COURMONT
Chimie organique et Toxicologie		J. CHALIER
Matière médicale et Botanique		PONTHUS.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		FLORENCE
Anatomie		MOREL.
Histologie		MANCEAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie générale et thérapeutique		POLICARD
Anatomie pathologique		HERMANN.
Chirurgie opératoire		CORDER.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		CADE.
Médecine légale		J.-F. MARTIN.
Hygiène		SANTY.
Pharmacie et Pharmacologie		ARLOING (F)
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		Etienne MARTIN
		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAN
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRA
CHAMBON	SEDALLIAN	JOSSERAND	
EPARVIER	CREYSSEL	DELORE	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. CIBERT, *président* : POLLOSSON, *assesseur* :
BERTRAND et CLAVEL.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA MERE

A MON PERE

Ses sages conseils m'ont guidé tout au long de mes études médicales ; puisse ma carrière être digne de la sienne, toute de conscience et de dévouement.

Les réunissant tous deux dans ma profonde reconnaissance, je leur dédie ce modeste travail en faible témoignage de mon affection.

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CIBERT

Professeur de Clinique Urologique

Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons eu le plaisir d'assister à ses cours à la clinique Urologique pendant notre semestre d'externat. Nous sommes particulièrement heureux de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse, dont il a bien voulu nous confier le sujet et nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POLLOSSON

Professeur Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons eu le grand plaisir d'être son externe et d'avoir pu profiter de ses conseils éclairés et de sa grande expérience. Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant. Nous lui sommes particulièrement reconnaissant d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

Professeur Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

Nous le remercions d'avoir bien voulu juger notre travail et nous sommes heureux de lui dire notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAVEL

Professeur Agrégé

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance pour avoir bien voulu faire partie de notre jury.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERRIERE

Ex-Chef de clinique Urologiste

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a constamment éclairé tout au long de notre travail. Nous avons eu le bonheur, pendant notre semestre d'externat à la clinique urologique, de profiter de sa grande expérience, de ses conseils éclairés, et de sa conception si moderne et si précise de l'Urologie. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression sincère de notre reconnaissance et croire à notre profonde gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat des Hôpitaux de Lyon :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET.

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE.

MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

Internat des Hôpitaux de Saint-Etienne :

MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

MONSIEUR LE DOCTEUR LAURENT.

Résection endoscopique de la prostate soins post-opératoires et complications

INTRODUCTION

La résection endoscopique de la prostate, dont le principe avait depuis longtemps tenté de nombreux chirurgiens du monde entier, nous est revenue des Etats-Unis, il y a quelques années, parfaitement mise au point et forte d'une technique et d'une instrumentation dignes d'éloges.

Après une courte période d'essais, de tâtonnements, de mise au point, pendant laquelle, malgré les précédents américains, nous avons dû opérer dans des conditions bien inférieures, dues à la nouveauté de la méthode et à notre inexpérience (nous nous étions leurré sur la facilité de l'opération, sans avoir tenu compte de l'expérience de ceux qui la pratiquaient); après avoir, par cela même, connu de nombreuses déceptions, nous nous trouvons actuellement à une période où la généralisation de l'intervention a pu en montrer les nombreux avantages, à la condition essentielle toutefois, d'être faite par un praticien averti, expérimenté et qui s'entourera d'un grand nombre de petits soins, tous aussi importants les uns que les autres. En effet, à côté de l'expérience propre, les

soins pré-opératoires, la technique opératoire elle-même, l'instrumentation (l'installation électrique en particulier), les indications judicieusement posées doivent être l'objet d'une attention particulière, de même que les soins post-opératoires qui, gravitant pour ainsi dire autour d'une simple sonde, sauvegarde de tout, se montrent d'une importance capitale, en réduisant considérablement les complications et exigent, non seulement une attention et une présence relativement constante de la part des opérateurs, mais aussi les mêmes qualités de la part du personnel infirmier plus assurément que dans toute autre branche chirurgicale.

Nous ne décrivons pas ce qu'est la résection endourétrale, ce qui a été fait mainte et mainte fois ; il serait prétentieux de le faire à nouveau ; nous rappellerons seulement que c'est une opération délicate, se faisant dans un cadre tout différent de celui dans lequel on opère habituellement : à ciel ouvert ; que, malgré les appareils perfectionnés, sans travailler à l'aveuglette comme dans un utérus, de par la délicatesse toute autre de l'opération, on se trouve dans des conditions particulièrement peu favorables.

De plus, les résultats de ces dernières années ont démontré qu'il fallait, en plus d'un long entraînement, une grande conscience professionnelle, un souci constant de la perfection ; qu'il ne fallait pas se contenter d'un à peu près, de voir uriner normalement son malade délivré des nombreux petits troubles qui l'ont amené. Il faut, pour les années futures, faire une opération aussi complète que possible et « enlever tout ce qui doit être enlevé ». On devra en outre

inciter le malade à venir se montrer de temps à autre, pour s'assurer de sa guérison durable ; on se gardera de rassurer le malade si le moindre doute persiste, sous peine de voir rapidement se manifester l'une des plus graves complications de la résection : l'insuffisance, avec réapparition des troubles et surtout intoxication urémique et infection chez un sujet qui se croira guéri et négligera la visite trimestrielle conseillée par son chirurgien.

C'est en considérant à leur juste valeur tous les soins dont l'opérateur doit constamment se préoccuper que l'on arrivera à diminuer la fréquence et la gravité des complications ; il y a, en effet, deux sortes de complications de la résection : celles que l'on doit chercher à éviter, ce que l'on peut très souvent, et celles qui sont indépendantes de toute précaution, qui sont inhérentes à l'opération et qui peuvent, dans une certaine mesure, être comparées à celles qui viennent ternir les statistiques d'appendicite à froid.

Après avoir, au cours de cette introduction, montré l'importance des petits soins entourant la résection, nous leur réserverons à chacune une étude particulière lorsque nous en aurons l'occasion au cours de notre exposé proprement dit, que nous consacrerons spécialement à deux d'entre eux : les soins post-opératoires et les complications.

SOINS POST-OPERATOIRES

Ramené de la salle d'opération, l'opéré est tout d'abord l'objet des soins spéciaux nécessités par l'anesthésie employée. En présence d'une anesthésie générale (cas rare), on surveille comme à l'ordinaire le réveil, on s'occupe des vomissements qui peuvent se produire et, dès qu'il est possible, on fait prendre au malade la position demi-assise pour prévenir les rares complications pulmonaires de la résection, ce que l'on fait aussi dans les anesthésies épidurales. Ces dernières, lorsqu'elles sont excellentes, ce qui, malheureusement et malgré une technique parfaite, n'est pas toujours le cas, s'avèrent de loin les meilleures dans les suites opératoires, à tel point que le malade est à peine considéré comme un opéré. Par contre, pour une rachi-anesthésie (cas ordinaire) il faut mettre le malade la tête basse, ce qui le prive des avantages de la position demi-assise.

Le shock opératoire, que l'on ne voit presque jamais, sera traité comme à l'ordinaire en continuant ce qui a déjà été fait sur la table d'opération. Les toniques habituels seront faits au malade.

Nous allons envisager maintenant les soins post-opératoires propres aux réséqués. Deux cas sont à considérer, selon qu'antérieurement le malade a été

cystostomisé ou non. Nous verrons la question pour un malade non cystostomisé et nous indiquerons ensuite les quelques modifications à apporter en cas contraire.

C'est dans le cas d'un sujet non cystostomisé que la sonde à demeure joue un rôle capital : c'est elle, avec son petit calibre, qui va permettre l'évacuation du sang et des caillots qui peuvent se former ; c'est elle qui permettra à l'urine de s'écouler normalement et évitera les nombreux accidents dus à la rétention vésicale.

Dès que l'installation du malade dans son lit est terminée et que les soins urgents lui ont été donnés, on abouche la sonde urétrale à un tube de caoutchouc qui la relie à un bocal ; on évite un siphonage par trop grand, en plaçant une pince à serrage progressif sur le trajet du tube dont elle diminue le calibre et de ce fait l'aspiration. Bien plus rarement, la sonde est placée directement dans un urinal.

Sur la table même d'opération, le chirurgien attachera une grande importance à remonter la tension artérielle du malade au niveau qu'elle avait avant l'intervention, ce avant même de retirer le résecteur de la verge, pour éviter en grande partie les hémorragies immédiates, comme nous le verrons plus loin. Ce traitement sera contrôlé dès que possible et continué s'il y a lieu.

La sonde étant fixée à la verge par du leucoplast, on vérifie de suite son bon fonctionnement par un petit lavage chaud à l'eau bouillie ou faiblement antiseptisée ; on surveille l'écoulement régulier de l'urine par

un tube de verre interposé sur le trajet du caoutchouc relieur.

L'urine doit s'écouler en quantité suffisante et être de coloration rougeâtre sans plus ; il ne doit pas y avoir d'à-coup ; le malade ne doit pas souffrir ni présenter de rétention. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'opération, la coloration des urines diminue progressivement, devenant légèrement rosée pour s'éclaircir totalement du deuxième au cinquième jour.

A partir du quatrième au sixième jour, suivant les difficultés rencontrées au cours de l'opération et la simplicité des suites opératoires, si le malade est apyrétique, si les urines sont claires ou peu troubles, car souvent elles perdent leur limpidité avec leur coloration, on pratique l'ablation de la sonde que l'on avait changée dès que le besoin s'en faisait sentir, en particulier lorsque les essais de lavage montraient que l'écoulement n'était pas parfait. On laisse le malade sans sonde quelques heures d'abord, le matin généralement, la surveillance étant plus facile, puis plus longtemps, enfin la journée entière, en ne la conservant que la nuit, pour petit à petit l'enlever complètement, ordinairement du dixième au quinzième jour après l'intervention, quelquefois plus tôt, à partir du sixième jour, si bien que le malade peut quitter la clinique sous réserve d'une surveillance médicale sérieuse.

Dès que l'on procède à l'ablation progressive de la sonde, on vérifie si le malade présente un résidu en la remettant après l'avoir fait uriner debout, et si sa miction se fait normalement. Puis les jours suivants, et durant la convalescence, on recherchera s'il pré-

sente un résidu. Ces résultats seront d'une importance considérable pour les suites immédiates et éloignées.

Au moindre disfonctionnement de la sonde (hémorragie généralement), rapidement révélé par une surveillance attentive, on aspirera les caillots avec une grosse seringue en s'aidant au besoin de petits lavages. Si cela ne suffit pas, on changera sans hésiter la sonde jusqu'au rétablissement d'un écoulement normal.

Si l'urine devenait légèrement sanglante ou même préventivement, on emploiera les hémostatiques généraux (antéma, sérum gélatiné, ergotine, etc...) et de petits lavages à l'antipyrine qui remplaceront alors ou alternent avec les lavages antiseptiques préconisés par certains auteurs, lavages que nous ne considérons pas comme obligatoires, si tout va bien, mais que l'on doit conseiller à raison de trois à quatre par jour si le malade est un peu infecté ou si on lui faisait des lavages avant l'opération.

Le soir de l'intervention, la température peut s'élever d'un ou deux degrés, mais habituellement, elle est redescendue le surlendemain et ce n'est que très rarement qu'elle attend le 3^e jour pour disparaître ou devenir subnormale.

L'alimentation doit être reprise très rapidement par le malade, le jour même, si l'on a pratiqué une anesthésie épidurale, le lendemain avec un autre mode d'anesthésie ; on réalimente substantiellement le malade pour arriver au 3^e ou 4^e jour à un régime normal pour un urinaire.

Les antiseptiques sont discutés (urotropine, néotro-

pine, salol, bleu de méthylène, etc.). Peu d'auteurs américains en sont partisans. De toute façon, cette médication est pour le moins inoffensive. L'action diurétique du chlorure de calcium, s'ajoutant à ses propriétés hémostatiques, expliquent son emploi assez fréquent. On donnera au besoin des calmants au malade (morphine, et divers opiacés, antispasmodiques, belladone et dérivés surtout).

Le malade boira abondamment sans aller à une quantité exagérée, amenant l'émission de 5 à 6 litres d'urine par jour, comme l'ont conseillé des auteurs, ce qui, dans certains cas, provoque une surcharge cardiaque et des phénomènes de décompensation. Une diurèse de 2 litres à 2 litres et demi est largement suffisante, mais on ne doit pas descendre au-dessous de un litre et demi; les eaux minérales, l'eau lactosée, les tisanes diverses seront particulièrement conseillées; au besoin, on s'aidera d'un goutte à goutte rectal, voire même d'injections de sérum isotonique par voie sous-cutanée.

Bien entendu, l'état général sera l'objet de soins importants et les toniques généraux et cardiaques seront employés s'il y a lieu.

Le malade se lèvera d'ordinaire du 6^e au 10^e jour, dès l'ablation de la sonde, et pourra quitter la clinique du 15^e au 25^e jour après l'opération, sous surveillance médicale, nous l'avons vu. Il présentera pendant quelque temps encore des urines un peu louches, une légère pollakiurie que l'on traitera par les antiseptiques habituels ou la prolongation des lavages de vessie.

On veillera enfin au résidu, à la température, à l'infection urinaire, au taux d'urée sanguine et aux différentes complications pouvant apparaître. On invitera le malade à venir tous les trois, puis tous les six mois passer une visite générale et faire vérifier en particulier le résidu et l'urée sanguine, les deux principaux tests objectifs de guérison. Pendant les trois premiers mois, il serait utile de le revoir au moins une fois par mois.

Si le malade est porteur d'un orifice de cystostomie, la question est considérablement simplifiée; la sonde urétrale, qui n'est d'ailleurs placée que d'une façon très inconstante, peut s'obstruer sans qu'il en résulte de graves inconvénients, puisque la sonde de cystostomie, au diamètre beaucoup plus grand, assurera l'évacuation des caillots et de l'urine; les dysfonctionnements sont alors plus rares, surtout si l'on a pris soin de changer la sonde abdominale le jour même de l'opération. Dès qu'il sera possible, vers le 4^e ou 5^e jour, si tout va bien, on cherchera à obtenir la fermeture de l'orifice de cystostomie par la mise en place de sondes de calibre de plus en plus petit et l'ablation de ces dernières en exerçant alors une surveillance attentive et en s'aidant d'antiseptiques généraux. Si la fermeture tardait trop, il ne faut pas attendre; on se décidera rapidement à pratiquer la fermeture chirurgicale de l'orifice.

Parmi les méthodes particulières, la sonde urétrale à double courant s'est révélée il y a quelques années comme une innovation intéressante. Comme son nom l'indique, c'est un instrument permettant d'obtenir

en permanence pendant les 24 ou 48 premières heures généralement, un goutte à goutte vésical d'eau stérile par le canal de la verge. Quelle que soit la sonde employée (Luys, Denis...) ou même deux sondes à bécuille de calibre différent, il semble que ce lavage continu donne de bons résultats, mais il n'est pas encore employé systématiquement, car il n'est pas pratiquement nécessaire; il est indiqué dans les hémorragies en nappe, non complètement arrêtées sur la table d'opération ou lorsque les urines sont troubles et infectées.

Tels sont les soins post-opératoires de la résection endo-urétrale de la prostate, soins dont nous avons vu l'importance capitale, relevant aussi bien du chirurgien que du personnel hospitalier et qui éviteront en grande partie, par leur stricte application, les nombreuses complications qui ne manqueront pas de se faire jour si la clef des suites opératoires, la sonde urétrale, sur laquelle toute l'attention doit être portée, n'est pas restée perméable.

COMPLICATIONS

Bien conduite donc, dans ses indications, sa technique, ses soins pré et post-opératoires, la résection est une opération bénigne aux complications rares. La moindre faute, par contre, entraîne rapidement des suites opératoires compliquées.

Détachons tout d'abord de leur groupe deux d'entre elles, dues la plupart du temps, du moins dans leurs formes graves, à une faute technique, l'opérateur ayant péché soit par défaut : l'insuffisance, soit par excès : l'incontinence.

Nous verrons ensuite les complications à proprement parler de la résection, au premier rang desquelles nous trouverons l'hémorragie et l'infection.

Dans cette étude générale des complications de la résection endo-urétrale de la prostate, nous vous apportons le résultat de 244 résections faites par M. le Professeur Cibert et M. le Docteur Verrière, à la clinique ou à l'hôpital, mais toujours avec les mêmes appareils et avec une technique à peu près semblable, sur des malades de toutes catégories et représentant tous les cas qu'ils ont ainsi traités depuis leurs débuts en 1934-35 jusqu'au 1^{er} février 1939.

L'INSUFFISANCE

L'insuffisance de la résection endo-urétrale de la prostate a été l'un des premiers et des plus sérieux arguments portés contre elle par ses détracteurs : il était en effet facile de dire : avec la prostatectomie, aucun échec ; avec une résection, par contre, opération incomplète, l'insuffisance ne devait pas manquer de se produire. Les progrès apportés dans la réalisation de cette dernière intervention ont considérablement diminué la valeur de cet argument, d'autant plus que les récurrences après prostatectomie, bien que rares, ne sont pas inconnues, et que la bénignité de la résection a permis entre autres avantages, des indications opératoires beaucoup plus vastes. Grâce à elles, par exemple, des malades éternellement condamnés à la sonde hypogastrique, ont pu retrouver, sinon tous une guérison parfaite, du moins une grande amélioration et la délivrance de cette sonde si odieuse parfois. Les nombreux avantages de la résection peuvent bien pardonner un insuccès relatif, exceptionnel mais indéniable.

On pourrait faire rentrer dans l'insuffisance tous les cas pour lesquels la résection n'a pas donné entière satisfaction. Nous n'irons pas jusque-là, mais nous discuterons néanmoins tous les cas d'insuccès et les rapporterons dans notre statistique.

La résection est une opération insuffisante et même inutile lorsqu'à la suite de complications (hémorragies et infection surtout) on est obligé de faire subir au malade une cystostomie ou une prostatectomie, lorsqu'une concérisation secondaire ou une récédive apparaîtront et lorsqu'un échec immédiat sera noté. Ces dernières éventualités sont exceptionnelles et d'ailleurs discutées, comme nous le verrons par la suite.

On reprochera à la résection d'exiger parfois plusieurs temps : c'est assez peu fréquent (une fois sur sept dans notre statistique) l'opération est bénigne et avec une bonne technique, on évite souvent un deuxième temps ; on note plus souvent que dans la prostatectomie la persistance de petits troubles, la pollakiurie surtout (un sur vingt environ).

Mais c'est surtout la persistance d'un résidu notable que l'on doit envisager, résidu qui permettra un développement de l'infection et de l'urémie, les deux complications que l'on doit le plus redouter dans les suites éloignées. C'est là une éventualité qui n'est malheureusement pas rare. A l'ablation de la sonde, très souvent un résidu assez important persiste, mais ordinairement, étant dû soit à une atonie vésicale par distension, soit à une infection vésicale, il s'améliore de jour en jour pour finir par disparaître rapidement ; ce n'est que s'il persiste ou s'aggrave que l'insuffisance de la résection doit être mise en cause. On voit ainsi des malades qui, d'emblée, conservent un résidu important, d'autres qui l'acquièrent progressivement, sans souvent qu'une persistance de l'obstacle soit notée lors d'une cystoscopie : seule parfois la cys-

tostomie apportera au malade un résultat satisfaisant.

A quoi est donc due cette insuffisance dans la résection? Au premier rang, nous trouverons l'insuffisance en quantité; assez souvent, un deuxième temps (parfois même plus) est nécessaire. Il faut donc que l'intervention soit complète; il faut que la plus grande quantité possible d'obstacle prostatique ait été enlevée; mais il est difficile d'apprécier cette quantité, d'où la nécessité d'employer des appareils à optiques différentes (rétrogrades ou à angle droit) de manière à remédier au champ trop étroit qu'à un Fore-oblique.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire la persistance d'un obstacle entier, un lobe latéral ordinairement, découvert lors d'une deuxième intervention, phénomène dû à une mauvaise attaque des lobes latéraux, faite par le bord inféro-interne et permettant à un lobe de basculer en arrière au cours de son ablation. L'attaque devra se faire par le bord supéro-externe.

On s'attachera en outre à faire des coupes de façon régulière en commençant par la partie médiane et en réséquant les parties latérales comme il vient d'être indiqué, ce qui permet de se repérer plus facilement et d'avoir un point d'appui pour la section. On s'aidera d'une vue parfaite obtenue par une hémostase soigneuse et par des lavages abondants et fréquents au cours de l'opération.

Parfois certaines eaux trop dures (eau du Rhône en particulier) ne permettent pas des coupes parfaites; il faudra alors employer de l'eau distillée pour laver la vessie et la remplir.

Enfin un point important réside dans la perfection des instruments et le maintien d'un courant électrique de valeur égale.

On voit ainsi que très souvent, compte tenu des petits accidents dus au sujet lui-même et très rarement aux conditions matérielles obligeant à l'interruption de l'intervention, l'insuffisance de la résection endourétrale réside dans une technique défectueuse.

On doit alors réintervenir jusqu'à ce que l'on obtienne un résultat très satisfaisant. Il faut se montrer très exigeant, se rapprocher le plus possible d'une prostatectomie, en évitant toutefois un sérieux écueil, l'incontinence, et surtout ne point inculquer aux malades l'idée d'une guérison trompeuse qui leur cachera les troubles qui iront chez eux en grandissant et les ramèneront dans un état général très déficient, urémiques, cachectiques, infectés et inopérables.

La question des récidives présente un intérêt considérable. Exceptionnelles dans les énucléations (dus alors à une prolifération d'un petit lobe adénomateux aplati contre la coque par l'adénome principal) elles ne sont pas rares dans la résection : 3 à 5 % dans les statistiques américaines. Bompus 4,6 % sur 702 réséqués, Dawis. 3 % sur 250, en tenant compte de ce que les statistiques sont faites avec un faible laps de temps post-opératoire, dû soit à la date récente de l'opération, soit parfois à une survie relativement courte des malades. C'est tout de même un sérieux reproche que l'on peut faire à la résection.

Sur nos 244 observations, on est intervenu 13 fois pour une cystostomie ou une prostatectomie.

Deux cystostomies ont été faites pour une hémorragie grave. *Observations 32 et 39.* — Professeur CIBERT. — Respectivement adénome et cancer. Il est à noter que par ailleurs trois malades auraient vraisemblablement été cystostomisés d'urgence pour hémorragie, s'ils n'avaient pas subi préalablement cette opération. (*Obs. 97 : adénome ; 119 : dysectasie chez un rétréci ; 141 : adénome (Pr. CIBERT).*)

Deux prostatectomies ont été nécessitées par des hémorragies. (*Obs. 48 et 158 ; Adénomes. Pr. CIBERT.*)

Deux malades ont été cystostomisés pour infection.

Observation 128. — Professeur CIBERT. — Vessie tabétique (Wassermann positif). Gros résidu (500 cc), poussées infectieuses et septicémiques, cystostomie 4 mois et demi après la résection.

Observation 133. — Professeur CIBERT. — Adénome. Très mauvais état général ; amaigrissement. Au quinzième jour, infection ; au 31^e jour : cystostomie ; emmené mourant par sa famille dans la semaine.

Trois échecs immédiats sont à noter :

Observation 140. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Diabétique ; cystostomie (résidu 400 état général médiocre) ; une résection n'a pu être continuée : intolérance du malade. Prostatectomie 15 jours après.

Observation 2. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Une résection n'a pu enlever qu'incomplètement l'obstacle (2 gr. 25) ; devant les difficultés rencontrées et le résultat nul, on renonce à la résection et on pratique une prostatectomie. (La cystostomie avait été faite avant un forage du col qui, lui-même sans résultat, précédait la résection de 11 jours.)

Observation 59. — Docteur VERRIÈRE. — Cancer.

Réséction pour cancer ; persistance d'une saillie tumorale dans l'urètre lui-même ; peu après l'opération, cystostomie nécessitée par de l'infection, de la dysurie et un gros résidu. Mort un mois après d'embolie.

En réalité, sur ces trois cas, seul le second doit être classé dans les échecs de la réséction. Encore observera-t-on que c'était la deuxième réséction de l'opérateur. Le premier doit son échec au malade (incident opératoire), le second à un cas anormal : saillie tumorale dans l'urètre.

Une cancérisation secondaire a été notée.

Observation 9. — Professeur CIBERT. — Classée adénome.

Ce malade a été cystostomisé, puis prostatectomisé 26 mois après une réséction qui avait donné pendant un an et demi un résultat parfait, une cancérisation secondaire ! s'était produite.

Chez un autre malade (*Observ. 53, Pf. Cibert*), adénome, la réapparition tardive de la dysurie, de la température par poussées ont conduit à une prostatectomie après cystostomie (mort 20 jours après d'une embolie). Pour cet opéré, nous n'avons pas de résultat histologique précis.

Un cancer a récidivé (*Observ. Pf. Cibert*). Ce malade ayant été réséqué avec le maximum de résultats que l'on peut attendre de l'opération, a dû subir une cystostomie 3 ans après, des troubles dus à une nouvelle prolifération néoplasique étant apparus au bout de 2 ans.

Signalons finalement l'*observation 7 du D^r Verrière* : un opéré chez qui 2 résections n'avaient pas donné le résultat escompté, a refusé une troisième opération endo-urétrale et a demandé une nouvelle cystostomie (l'orifice d'une première cystostomie avait été fermé après sa première résection). Adénome.

En résumé, on est intervenu (cystostomie ou prostatectomie) 4 fois pour une hémorragie (on aurait pu faire 3 cystostomies pour la même raison si le malade n'avait déjà subi cette opération).

2 fois pour infection.

On a observé (réintervention pour insuffisance de la résection) :

1 échec immédiat ;

1 cancérisation secondaire ;

1 récurrence (possibilité de transformation néoplasique) ;

1 récurrence cancéreuse (3 ans après avec résultat excellent dans l'intervalle) ;

1 refus du malade pour une troisième résection.

Sur 244 cas, 204 malades n'ont subi qu'une seule résection et :

40 ont été opérés en plusieurs temps ;

31 en deux temps ;

7 en trois temps (obs. 10, 41, 44, 51, 52, D^r Verrière) (obs. 35, 153, Prof. Cibert) avec excellent résultat final (sauf obs. 153) ;

1 en 4 temps (obs. 13, D^r Verrière) ;

1 en 5 fois (obs. 145, Prof. Cibert).

Les *résidus* peuvent se classer de la manière suivante :

16 entre 25 et 50 gr. ;

6 entre 50 et 100 gr. (dont 2 non suivis) ;

12 de plus de 100 gr. (dont 2 non suivis, 2 ayant présenté auparavant de gros résidus, 1 diverticule de la vessie, 1 obstacle endo-urétral).

Ces résidus de plus de 100 gr. sont notés dans les observations suivantes :

Observ. de M. le Prof. Cibert.

Observation 18. — Dysectasie.

Dysurie croissante ; résidu 100 gr. Résection et lithotrie pour un petit calcul : persistance de la pollakurie et du résidu. Disparition de la dysurie. — Résection : amélioration, disparition du résidu qui se reconstitue progressivement (175 cc. un an et demi après).

Observation 66. — Adénome.

Cystostomie six mois avant ; état général déficient ; troubles pseudo-bulbaires. 1° Résection : orchite ; bon résultat fonctionnel, mais persistance d'un résidu de 200. 13 mois après : rétention, gâtisme. Nouvelle résection : suites simples, urine facilement mais garde un résidu de 200.

Observation 68. — Adénome.

Sondé deux fois par jour depuis un mois et demi ; envoyé pour cystostomie, les cathétérismes devenant difficiles et douloureux. Résection. Suites assez simples, départ le 33^e jour, urine facilement, résidu 40, pollakiurie ; 13 mois après, va bien 1 à 2 mictions par nuit, miction facile ; résidu 160, louche.

Observation 70. — Dysectasie.

Dysurie depuis 10 ans, rétention avec distention, mauvais

état général. Résection. Diminution progressive du résidu de 300 à 75. 1 an et 3 mois après : résidu, 100, 7 à 9 mictions par nuit, urine louche. Bon état général. Cancer de la langue.

Observation 81. — Cystostomie 20 mois auparavant ; état grave. Phlébite consécutive, anurie. (Double infiltration du sympathique lombaire, faite alors que le malade était considéré comme mourant, semblant avoir rétabli rapidement la diurèse). Puis infarctus, pleurésie.

Cystostomie intolérable. Azotémie 0,50. Albuminurie 0,90. Résection. suites simples, bon résultat fonctionnel (mais résidu de 200 à 300, puis de 150 à 200, deux mictions par nuit). Il se maintient un an après. Vie normale.

Observation 84. — Cancer.

Rétention chronique incomplète, avec résidu de 350 à 800 grammes. Résection en deux temps (Psychasthénie, pusillanimité). Bon résultat fonctionnel. Le résidu est passé de 200 à 100 au bout de 12 mois.

Observation 147. — Dysectasie.

Diverticule de vessie. Deux résections. Bon état général, mais résidu de 150 grammes deux mois après.

Observation 153. — Adénome.

Rétention complète ; sonde, dilatations.

Première résection nulle arrêtée pour début de défaillance cardiaque, la tension artérielle étant passée de 16 à 7.

Deuxième résection un mois après (3 grammes).

Troisième résection un mois après (2 grammes), suites simples.

Résidu 150 (25 jours après) non suivi depuis.

Observation 155. — Adénome. Cystostomie préalable. Urée 2 gr. Résection 19 gr. Complication pulmonaire bâtarde ; le résidu de 0 croît à 125 gr.

Observ. de M. le Prof. Verrière.

Observation 42. — Adénome.

Diverticule vésical. Malade sondé matin et soir. Huit jours de sonde à demeure. Résection ; excellent résultat, mais le résidu avoisinant 100 cc. persiste.

Observation 35. — Adénome.

Plusieurs rétentions aiguës; grosse albuminurie. Résection. Excellent résultat fonctionnel.

Résidus 60, 200, 250, 60, 125.

Nous citerons enfin les 2 observations suivantes, pour lesquelles le résidu ne peut être considéré comme une complication :

Observation 168. — Professeur CIBERT. — Paralyse générale. Vessie tabétique ; résidu 450. Résection : le résidu descend à 35 gr., puis remonte à 175 gr. Pyélonéphrite et finalement cystostomie.

Observation 59. — Docteur VERRIÈRE.

Le gros résidu persistant a été dû à un obstacle endourétral et a nécessité une cystostomie ; mort un mois après d'embolie.

En résumé :

Sur 12 résidus de plus de 100 gr. :

8 irréfutables,

2 non suivis,

2 indépendants de la résection.

Enfin en considérant les résultats d'une façon globale, nous notons sur nos 244 opérations :

188 résultats excellents ou bons,

19 résultats moyens,

37 résultats mauvais, comprenant les morts, toutes les insuffisances, en particulier nécessité d'une opération hypogastrique, gros résidus.

L'INCONTINENCE

Lorsque nous avons défini l'incontinence d'urine, après la résection, comme une complication due à ce que l'opérateur avait péché par excès, nous pensions aux incontinenes définitives et vraies, véritables infirmités qui ne se voient qu'exceptionnellement avec des opérateurs expérimentés.

Il existe en effet des incontinenes beaucoup moins graves et plus nombreuses : les incontinenes transitoires et les pseudo-incontinenes. La pseudo-incontinence par cystite ou uréthro-cystite se voit fréquemment, en particulier chez les sujets ayant été cystostomisés longtemps auparavant, ayant porté pendant une longue période une sonde à demeure, ayant présenté une violente cystite ou ayant eu des calculs vésicaux. D'importance très variable, importante parfois, minime souvent, pouvant ne se manifester que par une petite perte d'urine post-mictionnelle ou à l'occasion d'un effort, pouvant représenter tous les degrés jusqu'à être totale, elle apparaît dès que l'on essaie d'enlever la sonde et disparaît complètement pendant le premier mois ; il est rare qu'elle persiste au delà. Sous l'influence d'un traitement énergique : antiseptiques généraux, lavages de vessie, instillations intravésicales de nitrate d'argent, on abrège encore sa durée.

Les incontinenances vraies se présentent sous deux formes. Elles peuvent être transitoires, sans uréto-cystite nette, et disparaître spontanément comme les précédentes avec parfois cependant des délais plus longs; plus rarement encore, elles peuvent être permanentes; ces dernières sont les seules qui doivent pratiquement attirer notre attention.

Quoi qu'il en soit, mis à part quelques cas de distention de la région sphinctérienne ou de persistance d'irrégularités dans la loge prostatique, l'incontinence vraie reconnaît comme origine une section de sphincter ou une coagulation excessive, toutes deux fautes opératoires.

On évitera donc les coagulations irrégulières, trop profondes ou trop étendues, par une technique appropriée et en ayant un courant électrique rigoureusement constant à l'entrée de l'appareil; on veillera surtout, en faisant une hémostase soigneuse, à toujours savoir exactement où l'on se trouve et à ne jamais dépasser comme limite inférieure, une zone située à 5 à 8 millimètres au-dessus du pôle supérieur du véru monté. C'est en se repérant très exactement, en fixant et ne perdant jamais de vue le véru que l'on arrive à ce résultat.

Comme la pseudo-incontinence, l'incontinence vraie peut affecter tous les degrés, de la perte d'urine totale à la plus légère émission d'urine; toutefois, les formes graves paraissent plus fréquentes.

Le traitement des incontinenances doit débiter par le traitement de la cystite concomitante par les moyens usuels; la strychnothérapie à dose croissante et la faradisation avec une électrode périnéale, une autre ab-

dominale ou une électrode urétrale (béniqué) et l'autre abdominale compléteront le traitement médical.

Il ne faut pas se presser de conclure à une incontinence vraie et définitive; on en a vu disparaître au bout de 4 mois, sans uréthro-cystite. Il faut patiemment rééduquer le malade, chose importante; le faire uriner assez fréquemment, le faire lever la nuit, etc. De toute façon on doit préférer la pince serre-verge aux appareils à incontinence, d'autant plus que, selon leurs idées, leurs besoins, les malades eux-mêmes modifient cette pince et rendent ainsi moins pénible leur infirmité, car l'incontinence définitive doit être considérée comme une des plus graves complications de la résection, évitable toutefois par une technique parfaite.

Bien que l'incontinence ne semble pas tellement rare, les statistiques n'en accusent qu'un infime pourcentage. Si les Européens en reconnaissent 0,5 à 3 % (Flandrin 2 sur 54 opérés; Beylot une sur 25; Schröder 2 passagères sur 81, Kindt (Danemark) 3 passagères sur 50), les Américains, plus entraînés peut-être, semblent l'ignorer (Alyea 0 sur 341, Hornaday 0 sur 160, Collings une, Orr 105 sur 13.104 résections rassemblées par lui).

Un assez grand nombre de nos malades (environ 10 %, ont présenté pendant quelques jours une légère incontinence qui a disparu complètement en 3 à 15 jours après l'ablation de la sonde.

Deux d'entre elles ont duré plus d'un mois.

Observation 13. — Professeur CIBERT. — Cancer.

Néoplasme évident ; signes cliniques depuis 18 mois ; résection minime ; résultat immédiat favorable ; incontinence de quelques cc. d'urine le jour seulement ayant duré deux mois, puis ayant disparu.

Observation 41. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Prostatique âgé (80 ans), mauvais état général ; amaigrissement de 20 kg en 2 ans. 3 résections totalisant 23 gr. (8.4-11) ; à l'ablation de la sonde, le malade urine sans difficulté, les résidus baissent : 60-80 puis 40 cc. ; au deuxième jour, incontinence d'urine assez marquée s'améliorant ; le malade part avec un appareil en caoutchouc le 50^e jour après son opération ; au 4^e mois, l'incontinence a complètement disparu ; résultats par ailleurs parfaits.

4 malades souffraient d'une incontinence avant leur opération ; 3 sont restés dans le même état, 1 s'est amélioré.

Observation 51. — Professeur CIBERT. — Dysectasie.

Abcès prostatique ; périnéotomie. Ultérieurement rétention chronique incomplète, par sclérose cervicoprostatique ; dilacération au doigt du col scléreux, suivie de l'apparition d'une incontinence ; malade repris par résection en raison de l'échec par voie hypogastrique ; l'incontinence persiste toujours, mais ne semble pas avoir été sensiblement aggravée.

Observation 142. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Rétention chronique incomplète avec distention ; la sonde à demeure ne peut plus être supportée ; résection ; l'incontinence nocturne a disparu. Par contre, l'incontinence persiste pendant le jour.

Observation 135. — Professeur CIBERT. — Cancer.

Incontinence, troubles divers ; échec par radiothérapie.

Le malade porte en permanence une pince à linge sur la verge. Plusieurs rétentions. Sonde à demeure préparatoire (difficile à placer et à supporter). Séances de dilatation. Résection. Bon résultat ; incontinence identique.

Observation 154. — Professeur CIBERT. — Tabès.

Spécificité nerveuse. Tabès. Depuis 7 ans : dysurie, incontinence, résidu 500 gr. environ. Hydronéphrose droite. Séances de dilatation. Résection : pas de complication, mais aucun résultat.

Nous avons observé 4 incontinenes graves pour nos 244 résections.

Observation 21. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Hémiplégie quelques années avant avec séquelles importantes. Prostatisme ancien, amélioré à deux reprises par électrocoagulation d'une petite barre cervicale. Revient avec un résidu de 200 cc. ; résection en deux temps, disparition de la dysurie et du résidu, mais incontinence très importante, qui persiste deux ans après.

Observation 71. — Professeur CIBERT. — Mauvais résultat après prostatectomie.

Au dixième jour, après une prostatectomie, on ne peut introduire une sonde urétrale dans la vessie (arrêt au col). Pyélonéphrite consécutive ; nouvel échec peu après ; exploration au doigt par l'orifice de cystostomie : l'orifice cervical est introuvable ; on le force péniblement au bényqué sous le contrôle du doigt vésical ; sonde à demeure urétrale. La vessie fermée, la miction reste facile pendant quelques jours, puis rétention, dilatation, sonde. La miction se rétablit, puis nouvel échec.

Résection de quelques copeaux sur la lèvre postérieure du diaphragme inter-vésico-prostatique. Suites simples mais incontinence presque complète, qui diminue rapidement.

Des nouvelles un an plus tard : nécessité de dilatations régulières et fréquentes; persistance d'une incontinence partielle dont la quantité n'a pas été indiquée.

Observation 58. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Résection (22 gr.), après 9 jours de sonde à demeure pour rétention presque complète ; hémorragie immédiate bénigne. Départ au 35^e jour sans résidu, mais avec incontinence légère (quelques cc. par jour). Un an après, urine trouble; excellent résultat mais incontinence identique.

Observation 28. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Troubles prostatiques légers ; brusquement : incontinence, sondage impossible. Syphilis 50 ans avant ; traitement mercuriel. Résection ; après l'ablation de la sonde : incontinence d'urine ne cédant pas au traitement par la strychnine. Le malade quitte le service porteur d'un appareil pour incontinence. 9 mois après le malade écrit qu'il a un très mauvais état général, mais ne se plaint d'aucun symptôme urinaire ; aucun renseignement depuis.

HEMORRAGIE

Les hémorragies sont, avec l'infection, les complications les plus fréquentes de la résection endo-urétrale de la prostate. Nous ne signalerons que pour mémoire les hémorragies par traumatisme instrumental et les hémorragies de la tranche de section qui ne rentrent pas dans les complications post-opératoires, mais doivent être considérées comme des accidents de l'intervention elle-même ; nous rappellerons cependant qu'elles s'apparentent de très près, comme étiologie, comme prophylaxie et, bien entendu, comme traitement aux hémorragies immédiates.

L'hémorragie dans les suites post-opératoires peut être soit primitive, soit secondaire.

Les hémorragies primitives, moins fréquentes dans l'ensemble, mais sensiblement plus graves que les hémorragies secondaires, sont celles qui se produisent au cours des 24 heures qui suivent l'opération.

Normalement, nous avons vu que, pendant les deux premiers jours, l'urine sort légèrement teintée, rougeâtre, puis rosée mais moins foncée que celle d'un prostatectomisé ; habituellement, en 24-48 heures, 72 au plus, elles reprennent leur couleur normale. Alyea, dans son importante statistique, observe une

urine normale en couleur au bout de 24 heures chez 80 % de ses malades, et en 48 heures chez 98 %.

Le début des hémorragies primitives se présente de façon variée. Souvent insidieux lors des hémorragies minimales, parfois brutal dans les cas graves, il se traduit par une coloration plus ou moins rouge des urines dont l'écoulement s'accélère ; l'hémorragie sera rapidement dépistée par le personnel infirmier, si le malade ne l'a pas signalée, soit tout au début, soit au bout de quelques minutes, lorsque les caillots sanguins auront pu se former, bouchant la sonde et provoquant des contractions vésicales de plus en plus douloureuses, accompagnées de ténésme, de sensation d'obstacle et de plénitude de la vessie.

Il faut alors aspirer rapidement les caillots avec une grosse seringue, changer la sonde si besoin est, et pratiquer une injection chaude avec une solution d'anti-pyrine ; ce traitement réussit souvent à arrêter un début d'hémorragie. Sans s'y attarder, tout en faisant au malade des hémostatiques généraux (sérum gélatiné, anthéma, ergotine, lobe postérieur d'hypophyse), il faut, en cas d'échec, ramener le malade sur la table d'opération, essayer rapidement d'aspirer les caillots par une grosse sonde ou par la gaine de l'appareil à résection, sous anesthésie ; très souvent, on arrive ainsi à se rendre maître de l'hémorragie ; sinon, avec le résecteur, on ira fulgurer le point qui saigne en vérifiant toute la tranche de section.

Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels, en présence d'une hémorragie très abondante ou lorsqu'il est impossible de pratiquer une fulguration, que

l'on en viendra à la cystostomie, au tamponnement, voire même à la prostatectomie, éventualité très rare, dictée parfois par une résection incomplète ou insuffisante.

Si le malade est porteur d'une cystostomie, la question est de beaucoup simplifiée; il suffit de faire de l'aspiration et des lavages par la sonde hypogastrique, à laquelle on pourra donner au besoin un calibre plus grand lors de son changement, pour voir, dans la majorité des cas, cesser l'hémorragie. Très rarement on devra recourir à l'exploration au doigt, au tamponnement, à la prostatectomie. En général d'ailleurs, le tamponnement n'est guère pratiqué et est déconseillé par nombre de chirurgiens; le résultat est souvent mauvais et si l'on trouve au toucher, par le trou de cystostomie, des lobes irréguliers, déchiquetés par la résection, si celle-ci n'a pas été satisfaisante dans son ensemble, si l'état général du malade le permet, il y a intérêt à pratiquer une prostatectomie.

Quels sont les moyens préventifs de ces hémorragies?

Un examen médical soigneux ayant été pratiqué pour déceler les malades susceptibles de saigner (maladies sanguines, hypertension artérielle, affections hépatiques, etc.), des temps de saignement et coagulation ayant été faits, des hémostatiques généraux ayant été donnés à la moindre indication, c'est à l'opérateur qu'incombera alors le soin de prévenir les hémorragies.

Sachant que ce sont les adénomes qui saignent le plus, notamment les gros adénomes vasculaires; que

la sonde à demeure, en favorisant la décongestion prostatique, présente un gros intérêt dans la prophylaxie des hémorragies ; que les résections en plusieurs temps donnent lieu à des hémorragies ordinairement de moins en moins importantes et qu'il vaut mieux s'arrêter et reprendre plus tard un malade, lorsque le saignement est trop abondant (prostates molles congestives) en recourant parfois à une cystostomie permettant à la prostate de se décongestionner ; en abordant, comme le conseille Flock, d'Iowa City, le lobe médian par les sillons le séparant des lobes latéraux, sillons amenant les vaisseaux sanguins au lobe entier, l'opérateur, s'entourant de toutes ces précautions, s'efforcera d'obtenir une hémostase immédiate et précise. En outre, comme nous l'avons signalé plus haut, on insistera sur les soins post-opératoires, les lavages fréquents, la surveillance de la perméabilité de la sonde et la possibilité de la mise en place dans certains cas d'une sonde à double courant.

Enfin, avant d'abandonner le malade aux soins du personnel, avant même de quitter la salle d'opération, on s'assurera que la tension artérielle du malade est bien remontée à sa valeur initiale. En effet, grâce à la perte sanguine plus ou moins considérable, grâce aussi, souvent, à la rachianesthésie pratiquée, la tension artérielle s'abaissant sensiblement, de 14 à 15, passant à 10-11 et parfois moins (Obs. 153. Prof. Cibert, tension artérielle initiale 16 ; rachianesthésie pour une première résection ; état de mal, tension à 7 ; Pressyl, éphédrine, retour à la normale et possibilité de deux nouveaux temps opératoires sans incidents

avec de bons résultats). Sa tension étant basse, le malade ne saigne pas à la fin de l'opération ; sa tranche de section prostatique est nette. Insensiblement, pendant les heures suivantes, sa tension remonte et force les artérioles et veinules intéressées par le résecteur, puis coagulées, produisant une hémorragie immédiate. Ce n'est donc qu'après avoir fait remonter sur la table d'opération la tension artérielle du malade, qu'on pourra enlever l'appareil et ramener le malade dans son lit. Cette précaution dont s'entourent maintenant la plupart des opérateurs, a considérablement amélioré les statistiques sur les hémorragies primitives après la résection.

C'est peut-être cette raison qui explique en partie les grandes divergences de ces statistiques. Nous emprunterons à M. le Professeur Cibert (compte rendu de l'Association Française d'Urologie : octobre 1938, Paris) les chiffres suivants se rapportant à des hémorragies primitives graves, n'ayant pas cédé par les petits moyens :

Alyea, 3 sur 350 résections.

Turner, 4 sur 200,

Orr, sur 13.104 cas réunis dans une statistique générale : 107 cystostomies, c'est-à-dire 0,81 %,

Nesbit, 4 tamponnements sur 400 résections au cours de ses 200 premières,

Lower, une cystostomie sur 500 opérations.

Beylot, 0 sur 25.

Nous avons observé, sur nos 244 malades :

2 hémorragies immédiates ayant cédé au traitement ordinaire, et 5 hémorragies immédiates graves ou sé-

rieuses (2 d'entre elles étant survenues chez des malades qui ont présenté par la suite des hémorragies secondaires et qui figurent dans les deux statistiques).

HÉMORRAGIES IMMÉDIATES BÉNIGNES

Observation 6. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Hémorragie le soir de l'intervention ; arrêt facile.

Observation 51. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Petite hémorragie le soir de la deuxième résection. Arrêt presque spontané. (A noter qu'à chacune des trois résections pratiquées sur ce malade, l'hémostase était difficile au point d'avoir interrompu la première et gêné les deux autres.)

HÉMORRAGIES PRIMITIVES GRAVES OU SÉRIEUSES

Observation 32. — Professeur CIBERT. — Dysectasie.

Hémorragie dans l'après-midi de l'intervention. Vessie distendue par des caillots. Cystostomie, évacuation des caillots, plus rien ne saigne. Transfusion.

« Cette hémorragie, la première importante que nous observions, n'aurait très probablement nécessité que l'aspiration des caillots par voie urétrale, comme la plupart des suivantes. »

Observation 48. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Hémorragie dans l'après-midi, persistant après évacuation des caillots, prostatectomie.

Observation 58. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Résection de 22 gr., hémorragie dans l'après-midi, évacuation des caillots par voie urétrale (sonde du lithotriteur, aspiration).

Observation 78. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Hémorragie primitive (8 heures après la résection), évacuation des caillots par voie urétrale (assez difficile).

Ce malade a fait une hémorragie secondaire au 17^e jour.

Observation 158. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Hémorragie 3 heures après l'opération ; aspiration des caillots ; arrêt. Peu après, nouvelle hémorragie abondante ; cystostomie, « nous avons envie de faire une prostatectomie ». Arrêt, état général touché, mais semblant devoir se remonter facilement.

Ce malade a fait au neuvième jour une hémorragie secondaire, ayant nécessité une énucléation.

En résumé, 2 hémorragies immédiates bénignes, 5 hémorragies primitives sérieuses ou graves. Aucun décès

Les hémorragies secondaires aux cas bénins plus fréquents se voient ordinairement à partir du 4^e jour ; il est rare, en effet, que la période des hémorragies primitives étant passée, c'est-à-dire le premier jour suivant l'opération, on observe une hémorragie avant le 4^e-5^e jour, phénomène que l'étiologie nous permettra d'expliquer par la suite.

D'après les rapports ordinaires, on serait amené à penser que les chutes d'escarres se font toujours sans la moindre petite hémorragie. En réalité, la plupart des malades présentent de temps à autre, à partir de la première semaine, une urine légèrement plus foncée qu'à l'ordinaire, tirant sur le rose, témoin de saignements légers à la suite d'une petite perte de substance au niveau d'une escarre. Ce fait a été signalé

entre autres par Thompson et Buchtel chez la moitié au moins de leurs opérés.

Dans la plupart des cas, l'hémorragie secondaire se manifeste par l'écoulement d'une urine sanglante lors d'une miction souvent impérieuse, sans que le malade ne ressente aucun autre trouble. C'est généralement spontanément ou en s'aidant de quelques lavages chauds à l'antipyrine, d'hémostatiques généraux que s'arrêtent les hémorragies. Plus rarement, le saignement étant plus abondant, des caillots se forment et le malade présente de la dysurie, de la pollakiurie; il les expulse douloureusement et parfois même se présente en rétention complète.

Le traitement est exactement le même que pour les hémorragies primitives, en remettant le malade au repos et au lit pendant 1 ou 2 jours, avec une sonde; on est plus exceptionnellement encore obligé à pratiquer une cystostomie, un tamponnement ou une prostatectomie.

On admet que ces hémorragies secondaires sont dues pour une petite part à l'infection locale et, dans leur grande majorité, à la chute des escarres qui les provoqueront d'autant plus facilement qu'elles sont plus profondes et plus étendues. C'est pourquoi, préventivement, en évitant l'infection urinaire que l'on traitera par la suite s'il y a lieu, le chirurgien s'attachera à ne pas pratiquer des coagulations trop larges ou trop poussées.

Ces caractères étiologiques expliquent le fait que les hémorragies secondaires sont plus bénignes et qu'elles n'apparaissent qu'à partir du 4^e jour, temps nécessaire à la formation et à la chute des escarres. Ce

sont ces hémorragies secondaires qui incitent à retenir le plus longtemps possible le malade à la clinique ou à l'hôpital. Cependant les hémorragies secondaires pouvant survenir après 6 mois (*Obs. 8, Prof. Cibert, 7^e mois*) on ne peut demander au malade un séjour le mettant à l'abri de tout danger hémorragique, d'autant plus que la période où les hémorragies sont les plus fréquentes et surtout les plus graves, débute au 10^e jour après l'opération, pour durer 2 semaines environ (celles du 4^e au 10^e jour étant plus rares, mais aussi graves). Pratiquement, on peut considérer qu'au 25^e jour, la période des hémorragies dangereuses est terminée.

Les mêmes auteurs précédemment cités présentent les statistiques suivantes :

Alyea, 2 sur 350 : 0,6 %, soit en tout 5 sur 350 : 1,4 % d'hémorragies graves primitives ou secondaires.

Turner, 12 sur 200, soit en tout 16 sur 200 : 8 %.

Nesbit, 4 sur 200 : 2 %, en tout 8 sur 200 : 4 %.

Beylot, 1 sur 25, 4 %, en tout 2 %.

Orr (statistique générale, 333 sur 13.104 : 2,5 % ayant nécessité un acte thérapeutique important.

Sur nos 244 malades, 27 ont présenté des hémorragies secondaires, 14 bénignes, 13 sérieuses ou graves (2 de ces derniers avaient eu des hémorragies immédiates).

HÉMORRAGIES SECONDAIRES BÉNIGNES

Obs. de M. le Professeur Cibert

Observation 8. — Adénome.

Hématurie au septième mois. Durée 48 heures.

Observation 38. — Adénome.

Hématurie le 24^e jour, après 48 heures de dysurie, avec évacuation de débris.

Observation 41. — Adénome.

Hématurie le 12^e jour, avec caillots d'évacuation difficile; arrêt en quelques heures (lavages chauds, sérum gélatiné).

Observation 46. — Dysectasie.

Hématurie deux mois après la résection.

Observation 53. — Adénome.

Hématuries du 18^e au 22^e jour, miction gênée par l'évacuation de quelques caillots.

Observation 65. — Adénome.

Hématurie le 9^e jour, caillots d'évacuation douloureuse arrêt après quelques heures (lavages chauds).

Observation 80. — Adénome.

Hématurie le 18^e jour avec 38°5 chez un cystostomisé, depuis le 8^e jour à la sonde urétrale, chez lequel il fut facile de remettre en place un tube hypogastrique 40 après évacuation de quelques caillots.

Observation 115. — Adénome.

Hématurie au 8^e mois, très bénigne, survenue à la suite d'une selle avec effort ; elle s'est arrêtée sans traitement.

Observation 123. — Adénome.

Hématuries aux 16^e et 18^e jours chez un cystostomisé. Remise de la sonde hypogastrique. Arrêt facile.

Observation 126. — Adénome.

Hématurie au 4^e jour, bénigne.

Observation 129. — Adénome.

Hématurie au 13^e jour. Arrêt facile par traitement local ordinaire et hémostatiques généraux.

Observation 143. — Rétention vésicale chronique avec distension chez un malade atteint de spécificité nerveuse ; petite hématurie au 25^e jour, on remet la sonde à demeure. Arrêt facile.

Observation 144. — Cancer.

Hématurie au 15^e jour. Pas de traitement.

Obs. de M. le D^r Verrière

Observation 72. — Adénome.

Asthmatique angineux de poitrine, cystostomisé après broncho-pneumonie grave et sonde à demeure 6 mois. Résection, fermeture de la vessie ; au 12^e jour, hémorragie ayant cédé aux petits moyens ordinaires. Suites simples.

HÉMORRAGIES SECONDAIRES GRAVES OU SÉRIEUSES

Obs. de M. le Prof. Cibert

Observation 39. — Cancer.

Première hémorragie le 19^e jour ; arrêt par moyens simples ; deuxième hémorragie quelques jours après : cystostomie, transfusion.

Observation 42. — Cancer.

Hémorragie le 14^e jour sans caillots, température à 40° ; frissons, oligurie (chez un malade chez lequel la résection s'était trouvée limitée pour des raisons techniques à quelques copeaux et que l'on aurait voulu reprendre immédiatement). Décès 5 jours après.

Observation 75. — Résection d'une bride après prostatectomie.

Malade en très mauvais état. Hémorragie le 32^e jour, évacuation des caillots par voie urétrale ; plus rien ne saigne ; mais après 39°, oligurie ; urémie, décès trois jours plus tard.

Observation 78. — Adénome.

Hémorragie immédiate 8 heures après la résection, évacuation des caillots par voie urétrale.

Hémorragie secondaire au 17^e jour, même traitement, arrêt immédiat ; 39° pendant 24 heures.

Observation 82. — Dysectasie.

Hémorragie au 8^e jour, évacuation des caillots par voie urétrale.

Observation 97. — (Adénome, malade cystostomisé).

Première hémorragie le 17^e jour, dilatation de la fistule hypogastrique, extraction des caillots, tube de Marion.

Deuxième hémorragie le 19^e jour. Troisième le 22^e, chaque fois évacuation des caillots et constatation de l'arrêt de l'hémorragie. Aucun de ces saignements ne s'accompagna de retentissement sur l'état général ; il y a eu un 39° après le deuxième.

Puis quatrième hémorragie, le 24^e jour ; bien que plus rien ne saignât, une fois la vessie évacuée, le malade fut tamponné ; les suites de ce tamponnement qui mit fin à cette série d'hémorragies, furent des plus graves ; d'emblée 40°, oligurie extrême, langue sèche et noire, pouls filant, subcoma ; l'état resta des plus alarmants jusqu'à l'ablation de la mèche et s'améliora ensuite très rapidement.

Observation 119. — Dysectasie chez un rétréci porteur d'une cystostomie.

Hypertendu 20. Urée sanguine élevée, plus de 0,50 pour un cystostomisé. Gros cœur. Mauvais état général.

Hémorragie au 17^e jour. Ablation des caillots au doigt

par l'orifice de cystostomie, sous anesthésie générale ; mort trois jours après, en cardiaque semble-t-il.

Observation 141. — Adénome.

Cystostomie antérieure avec le diagnostic °de cancer, hémorragie très importante au 12° jour. Ablation des caillots à la pince par l'orifice de cystostomie ; irrigation continue.

Observation 158. — Adénome.

Hémorragie immédiate 3 heures après l'opération ; aspiration des caillots ; peu après, nouvelle hémorragie abondante ; cystostomie, arrêt ; état général touché, mais devant s'améliorer rapidement. Nouvelle hémorragie au 9° jour, vessie pleine de caillots, énucléation de deux petits fragments postérieurs (5 gr. en tout) correspondant à la partie la plus inférieure de l'adénome, 2 mèches.

Bonnes suites. Bon état général.

Observation 162. — Cancer.

Saignement au 3° jour ayant nécessité une thérapeutique médicale énergique.

Observation 163. — Cancer.

Petite hémorragie au 13° jour. Grosses hémorragies aux 15° et 16° jours. Nous avons été à deux doigts de la cystostomie.

Observation 169. — Adénome.

Hémorragie moyenne le 7° jour ayant nécessité un traitement sérieux (lavages chauds, irrigation continue et hémostatiques généraux).

Deuxième hémorragie le lendemain, ayant nécessité le même traitement et ayant considérablement affaibli le malade (traitement médical de l'anémie).

Obs. de M. le Prof. Verrière

Observation 21. — Adénome.

Le malade ayant quitté le service au 10^e jour revient au 18^e jour pour de petites hématuries ; le lendemain, 19^e jour, hématurie grave ayant duré toute la nuit et une partie de la matinée (traitement ordinaire suivi).

En résumé :

Sur 244 malades, 32 ont présenté des hémorragies.

7 immédiates,

27 secondaires

(2 malades figurant à la fois sur les deux statistiques, ayant eu les deux sortes d'hémorragies (*Obs. 78-158, M. le Prof. Cibert*).

{	Hémorragies bénignes : 16	{	primitives 2	
			secondaires 14	
{	Hémorragies graves : 16	{	primitives 5	secondaires 13 (même remarque).

Il a été fait 4 cystostomies (*Obs. 32, 39, 48, 158, Prof. Cibert*), les deux derniers malades ayant été en outre prostatectomisés, soit 4 interventions pour 244 cas : 1,23 %.

Nous ferons remarquer que 3 malades (*obs. 97, 119, 143*) auraient été sans doute cystostomisés, s'ils n'avaient subi antérieurement cette opération.

L'INFECTION

L'infection doit être considérée comme la plus fréquente des complications de la résection endo-urétrale ; les formes graves, rares heureusement à côté des formes bénignes, mais rapidement fatales, la font entrer pour une part très importante dans la mortalité opératoire : près de la moitié des décès en comprenant l'urémie, souvent corollaire de l'infection, dans la statistique de 212 cas de mort rapportée par M. le Professeur Cibert dans son compte rendu de l'Association Française d'Urologie (octobre 1938) et citée dans notre chapitre sur la mortalité opératoire.

Opérant dans le milieu urinaire, toujours septique, même si l'urine est claire (tout réséqué fait fatalement une petite infection), cette fréquence des accidents infectieux notables ne doit pas surprendre, d'autant plus que très souvent les malades arrivent en état d'infection manifeste que l'on ne peut faire disparaître complètement et qui n'est qu'améliorée par la sonde à demeure, les lavages et les antiseptiques généraux, la cystostomie représentant l'aboutissement fatal de la grande infection irréductible, malgré la répugnance que l'on peut avoir à pratiquer cette opération, plus importante semble-t-il à première vue, que la résection elle-même.

Si la sonde à demeure améliore les grands infectés, par contre, nécessaire chez les urémiques dans la période pré-opératoire, elle joue le rôle inverse chez les malades non infectés, en favorisant le développement microbien par l'urétrite qu'elle crée. Ainsi, à moins que l'on soit en présence d'un malade relativement peu ou pas infecté, on est souvent amené à opérer dans un milieu assez septique, parce que l'on ne peut faire autrement. D'ailleurs, les résultats obtenus en milieu infecté ne sont pas si défavorables si l'on en excepte les cas extrêmes et beaucoup de chirurgiens n'attachent qu'une importance minime à une infection moyenne primitive ou persistant après un traitement rapide. Certains même opèrent d'emblée les cas qui ne sont pas trop gravement infectés.

Si les soins pré-opératoires dirigés contre l'infection se montrent parfois importants, les soins post-opératoires jouent un rôle bien plus grand, en particulier la surveillance de la sonde urétrale ou même hypogastrique, de l'écoulement urinaire, la détersion des caillots, véritable milieu de culture. Si l'on peut facilement remédier à cela par des soins constants auprès de la sonde, les escarres se formant sur les zones de coagulation dans une période postérieure généralement à celle de la sonde à demeure nous laissent à peu près désarmés contre l'infection qu'elles entretiennent et cultivent en elles-mêmes. Le traitement anti-infectieux qui doit être continué longtemps après l'ablation de la sonde ne peut sensiblement rien sur elles.

Avec les soins pré et surtout post-opératoires, une bonne technique doit intervenir dans la prophylaxie

des infections. L'opérateur doit s'attacher à traumatiser le moins possible l'urètre, à coaguler par petites plaques peu profondes, à éviter les hémorragies, source ultérieure d'infection.

Ce n'est qu'en s'entourant de ces nombreuses précautions, en traitant préventivement et curativement les différentes infections par les moyens que nous avons vus dans le chapitre des suites post-opératoires, que l'on arrivera à diminuer les risques infectieux, bien trop grands, malheureusement, même dans les meilleures conditions.

Les complications infectieuses sont essentiellement variées : l'infection n'a en effet qu'à choisir dans l'arbre urinaire pour se localiser, si toutefois elle veut bien ne pas se généraliser.

LES ORCHI-ÉPIDIDYMITES sont fréquentes ; elles ne se manifestent habituellement que par des troubles légers et passagers : poussée inflammatoire avec douleur légère, faible réaction thermique et augmentation de volume peu marquée ; en 10 jours, tout a disparu. Dans certains cas cependant, l'infection se développe, le pus apparaît et l'on se voit obligé d'intervenir pour inciser un abcès, voire même pour pratiquer une castration. Bien que relativement rares, les orchites suppurées ne sont pas exceptionnelles et l'on peut dire que ce sont les seules complications locales vraiment à redouter.

Cette complication sera d'ailleurs évitée par la ligature préalable des canaux déférents, opération négli-

gée au début et qui tend actuellement à être pratiquée sur une grande échelle par la plupart des opérateurs ; à la clinique urologique de Lyon, elle est faite systématiquement à partir de 60 ans, depuis bientôt deux ans, ce qui a amélioré les statistiques dans des proportions considérables. Chez les sujets plus jeunes, cette opération, retirant les facultés de procréation, ne se pratique que très rarement.

Tous les auteurs sont d'accord pour noter la grande fréquence des orchépididymites dans les suites opératoires de la résection ; parmi les statistiques, nous relevons des chiffres impressionnants :

10 à 25 % pour Alyea.

Plus de 10 à 15 % pour Livermore.

15 % sur 117 résections, pour Kretschmer.

4 sur 54 pour Flandrin.

5 sur 25 pour Beylot.

1 % par contre pour Turner, sans ligature des déférents.

2 % pour Mathé.

Dans notre statistique sur les orchépididymites, nous devons distinguer deux périodes ; une première période pendant laquelle on n'a que rarement ligaturé les canaux déférents (110 premières observations de M. le Professeur Cibert et 35 premières observations de M. le Docteur Verrière), puis une deuxième période pendant laquelle cette ligature a été faite presque constamment, systématiquement après 60 ans, comprenant le reste des observations.

Pendant la première période, nous relevons :

7 *orchi-épididymites bénignes* s'étant bornées à un gonflement très douloureux, sans température élevée, 5 jours, 9 jours, 1 mois, 2 mois, 2 mois, 2 mois et demi, 5 mois après l'observation.

7 *cas aigus* avec température, douleur, gros gonflement, 2 jours, 4 jours, 10 jours, 1 mois, 2 mois, 2 mois et demi, 4 mois après la résection.

3 *orchites suppurées*.

Observation 16. — Professeur CIBERT. — Dysectasie.

Dysurie sans résidu chez un malade de 71 ans qui a eu longtemps de l'urétrite chronique et garde des filaments ; pas de rétrécissement. Résection. Orchite suppurée grave dans les suites immédiates avec température élevée et signes généraux graves. Bons résultats pendant deux ans et demi, puis réapparition de la dysurie.

Observation 46. — Professeur CIBERT. — Dysectasie.

Orchite suppurée survenue 14 mois après une résection chez un malade ayant gardé un résidu notable et de la pyurie malgré l'intervention.

Observation 5. — Docteur VERRIÈRE. — Dysectasie.

Cystostomie d'urgence (rétention complète, urée 1 gr. 10).

Première résection trois mois après.

Deuxième résection deux mois après pour insuffisance. Infection urinaire 20 jours après, urée 1 gr. 90 ; au 40^e jour, orchite bilatérale, trois jours après abcès scrotal, cystostomie de dérivation, coma urémique, mort.

Pendant la deuxième période, M. le Professeur Cibert n'a eu, sur 59 observations, qu'une orchite, bénigne d'ailleurs (*obs.* 151).

M. le Docteur Verrière en a observé 2, l'une bénigne, au 10^e jour (*obs.* 57), l'autre aiguë (*obs.* 43),

apparition au 4^e jour, nouvelle poussée au 6^e jour; température entre 39 et 40 les deux fois; guérison rapide.

On ne peut montrer plus clairement l'intérêt de la ligature prophylactique des canaux déférents.

LES PROSTATITES ET VÉSICULITES sont beaucoup plus rares: les malades qui allaient bien, heureux d'être débarrassés des petits troubles qui les avaient amenés à l'opérateur, présentent à nouveau, assez brusquement, une réapparition de ces mêmes symptômes; dysurie, pollakiurie surtout, brûlures à la miction, douleurs périnéales. Avec des lavements chauds, des suppositoires calmants, une désinfection de la vessie et de l'urètre par des lavages, et quelques massages prostatiques, tout rentre ordinairement dans l'ordre, faisant de ces complications des cas gênants, inquiétant les malades, mais peu graves. Ce n'est en effet que très rarement que l'on observe une suppuration externe, spontanée la plupart du temps, et n'obligeant guère à intervenir.

Nous n'avons observé qu'un cas où cette complication sans suppuration fut notée, en même temps que de la péricystite et une légère réaction épididymaire chez un malade ayant présenté une urine aseptique à l'entrée et qui fut infecté au cours de la période de drainage pré-opératoire. Ces phénomènes se dissipèrent spontanément, mais lentement, sans que la suppuration ne se fut manifestée.

Par contre, dans l'observation 71 (D' Verrière),

adénome après une tentative insuffisante chez un malade en rétention, on a observé un abcès de la prostate ayant évolué seul.

LES URÉTRO-CYSTITES sont très fréquentes ; nous avons vu que tout réséqué présente rapidement une urine plus ou moins louche ; il est tout à fait logique que le contact de la sonde avec l'urètre produise, dans ce milieu infecté qu'est celui des voies urinaires, une légère suppuration. De là à ce que les malades présentent des phénomènes de cystite et d'urétrite, il n'y a qu'un pas, vite franchi, et bon nombre d'entre eux se plaignent de cuisson à la miction, de dysurie, de pollakiurie ; leurs urines sont troubles, le premier jet en particulier ; une faible élévation thermique accompagne assez souvent ces phénomènes. La remise en place de la sonde à demeure, souvent enlevé trop tôt, aidé par des lavages et des instillations vésicales, fait tout rentrer dans l'ordre, mais parfois, à l'essai suivant, les mêmes phénomènes recommencent et ce n'est que tardivement que les malades sont délivrés de leur sonde ; dans ces cas, le renvoi des malades dans leur foyer amène souvent une amélioration notable. Ainsi donc, si l'uréthro-cystite est une complication fréquente, ce n'est que très rarement qu'elle est le prélude d'une infection urinaire ascendante, dont elle peut être considérée comme un épiphénomène, bien que généralement un peu antérieure.

Si l'on a parfois incriminé une résection insuffisante ou des coupes faites irrégulièrement, l'infection antérieure et l'ablation prématurée de la sonde à de-

meure semblent en cause dans la majorité des cas. Des soins persévérants, dirigés contre l'infection, avec remise en place de la sonde à demeure, éviteront les cas rebelles et compliqués.

Signalons enfin quelques cas d'intolérance totale de la sonde dans des urétrites, ayant conduit à une cystostomie.

LA PYÉLONÉPHRITE ET L'INFECTION URINAIRE ASCENDANTE se présentent comme des complications fréquentes. Alors que la banale poussée thermique pyélonéphritique, échelonnée sur deux et trois jours, souvent récidivante, n'est guère redoutable grâce à un traitement banal, rapide et approprié, il n'en est pas de même de la pyélonéphrite évolutive aboutissant à la suppuration et à l'urémie.

Les poussées de pyélonéphrite que l'on voit après la réaction endo-urétrale ne présentent aucun caractère particulier; elles se manifestent par un ou plusieurs clochers sur la feuille de température et symptomatologiquement par des frissons, des douleurs rénales et des urines troubles.

Dès leur début, il faut s'assurer que la sonde fonctionne bien, puis que la vessie se vide bien; les antiseptiques locaux et généraux par les diverses voies d'introduction suffiront alors à amener une guérison rapide. Dans les cas rebelles, on pourra s'aider de lavages du bassin.

Rarement, la température restant élevée, les symptômes persistant, l'infection générale de l'arbre urinaire se réalisant, on verra apparaître, avec une at-

teinte rapide de l'état général, une pyonéphrose, une forme quelconque de suppuration rénale ou périrénale, une septicémie ou de l'urémie qui emporteront souvent le malade, même avec une thérapeutique énergique et précoce (cystostomie d'urgence, abcès de fixation, néphrectomie : Nesbit, deux fois sur 400 opérés).

L'URÉMIE étant une complication terminale des infections graves, il ne nous semble pas devoir la séparer des phénomènes infectieux, d'autant plus que l'urémie que l'on observe à la suite d'une résection, soit rapidement après, soit parfois assez longtemps plus tard, chez des malades à l'état général déficient, ayant présenté déjà auparavant un taux d'urée sanguine élevé et une mauvaise constante d'Ambard, et que l'on croit primitive, est souvent déclenchée par une infection minime, jointe à la réaction du malade après l'intervention. Bien que la bénignité de la résection au point de vue urémique soit généralement admise, on ne peut lui accorder une inocuité absolue ; les indications opératoires étant largement posées, un petit réveil urémique suffit dans certains cas à emporter le malade ; c'est pourquoi il faudra user de prudence avec de tels sujets et ne pas craindre de pratiquer une cystostomie si l'urée sanguine, une mauvaise constante d'Ambard ou une grande infection l'exigent, pour reprendre par la suite et s'il y a lieu, par la résection, des malades très améliorés. Par contre, avec une urée et une constante relativement bonnes, contrôlées par une urographie intraveineuse et

une épreuve à la Phénol-Sulfone-Phtaléine, il est exceptionnel, en dehors de l'infection, que l'on assiste à des complications urinaires.

L'urémie se manifestant à la période terminale de bons nombres de complications, une statistique détaillée ne nous paraît pas devoir présenter un grand intérêt, d'autant plus que les observations seraient une répétition de celles citées dans la mortalité opératoire, la mort étant la terminaison presque fatale de l'urémie.

Nous signalerons simplement que sur les 22 décès de nos 244 observations, 11 sont morts en urémiques, soit 50 % ; ce sont les observations 31, 42, 75, 86, 92, 98, 110, 124, 133 (*Prof. Cibert*), 16, 32, (*Docteur Verrière*).

Les complications infectieuses les plus fréquentes ayant été envisagées, nous signalerons un ensemble de complications exceptionnelles, les *périurétrites*, les *périp prostatites*, les *périvésiculites*, souvent épiphénomènes d'une infection plus ou moins étendue, et LES ABCÈS URÉTRAUX ET LES PHLEGMONS PÉRIURÉTRAUX, ces derniers résultant toujours d'une faute technique : blessure du canal, perforation, escarres trop grandes, dilatation préalable insuffisante, toutes choses facilement évitables, mais ne suffisant pas pour éliminer l'abcès (l'abcès ne nécessitant souvent qu'un traumatisme des plus minimes, comme la petite chirurgie urinaire l'a montré).

Deux de nos malades ont présenté un abcès urétral à la suite de leur résection.

Observation 102 — Professeur CIBERT. — Cancer.

Résection pour cancer chez un cystostomisé. Après l'opération, tube de Marion hypogastrique qui est enlevé le 11^e jour. Sonde urétrale ; rapidement, apparition d'un écoulement urétral purulent très abondant, puis formation, sans beaucoup de fièvre, d'un abcès à la face inférieure de la verge ; guérison rapide après incision.

Observation 151. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Petits troubles prostatiques. Rétention aiguë.

Première résection, 27 gr.; urine mal ; orchite.

Deuxième résection, 3 gr.; formation les jours suivants d'un abcès sous-urétral, incision, guérison rapide, bons résultats généraux.

Telles sont les complications infectieuses de la résection endo-urétrale de la prostate, à la fois variées et sérieuses et qui, malgré tous les soins qui peuvent être apportés aux malades, demeurent la plus redoutable éventualité des troubles post-opératoires. Ce n'est qu'en perfectionnant la technique, en surveillant de près le malade, en posant judicieusement les indications opératoires, en s'armant de patience et de douceur pendant l'intervention, en multipliant les soins post-opératoires, en réservant à la sonde urétrale toute l'attention qui lui est due, que l'on pourra lutter plus efficacement contre l'infection et améliorer les résultats.

AUTRES COMPLICATIONS LOCALES

Les autres complications locales, constituées par les rétrécissements de l'urètre, les perforations vésicales, les éclatements de vessie sont des raretés. Alors que la première se voit de temps à autre, les deux autres, dues à une faute opératoire, ne sont connues que comme des accidents d'opérateurs malheureux, ayant été relevées parmi les premières observations de résection.

Retrécissement de l'urèthre.

Le rétrécissement de l'urètre se voit chez des malades insuffisamment dilatés avant l'opération, ayant subi des dilatations trop brusques et trop rapides, ou se rencontrent en présence d'urètres de petit calibre devant interdire l'introduction du résecteur, même après dilatation. Une exploration attentive du canal, des séances de dilatation progressive et faites avec douceur, comme doit l'être aussi l'opération, pourront souvent éviter cette complication dont les cas signalés dans la littérature ne sont pas si rares : Hycks, 4 sur 65 résections ; Nesbit, 6 sur 400.

Signalons que dans l'étiologie on a émis l'hypothèse de brûlures de l'urètre par les tubes de résecto-

scopes en métal et conseillé de les fabriquer entièrement en matière isolante au lieu de métal isolé aux deux extrémités.

Deux rétrécissements ont été observés chez nos malades :

Observation 54. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Malade de 61 ans, ayant subi une résection de 8 gr. après trois jours de sonde à demeure (urée 0 gr. 68 à l'entrée) suites normales, départ au 14^e jour avec un résultat très satisfaisant ; 17 mois après, le malade revient pour de nouveaux troubles dysuriques : on trouve un rétrécissement de l'urètre pénien à 5 centimètres du méat, dilaté facilement.

Ces troubles disparaissent peu à peu. A noter que l'on n'a aucune souvenance d'une difficulté quelconque rencontrée dans les courtes séances de dilatation préalable à la résection, ni dans l'introduction du résecteur dans la verge du patient. Ce dernier avait en outre signalé une incurvation de la verge pendant l'érection, phénomène qui a régressé après les séances de dilatation curative.

Observation 57. — Professeur CIBERT.

Ce malade, prostatique ancien, à mauvais état général est arrivé, après quelques séances de sondage, en rétention ; cette dernière se reproduit, on fait une cystostomie et on trouve un col scléreux. L'état général contre-indiquant une prostatectomie, on fait, un mois après, une résection précédée de quelques séances de dilatation qui furent pénibles. Le malade présenta une petite urétrorragie dans les jours qui suivirent la résection.

Excellents résultats, mais quelques mois après l'opération, apparition de dysurie. Un rétrécissement fut trouvé à 10 centimètres du méat ; la dilatation en fut facile et amena

la guérison des troubles dysuriques qui ne réapparurent pas, le malade ayant suivi régulièrement des séances de dilatation.

Perforation de la vessie.

La perforation de la vessie, faute opératoire, se produit quand l'anse coupante se trouve au contact de la vessie, lorsqu'on y lance le courant. Une bonne vision dans une vessie suffisamment remplie et clarifiée par des lavages fréquents et une hémostase soignée, une attention soutenue, éviteront cette grave complication se terminant toujours par une infection grave (péricystite, périurétrite, phlegmons, péritonite) entraînant souvent la mort du malade, malgré parfois une opération immédiate, dès que l'on s'aperçoit de la perforation au cours de la résection.

On ne trouve dans la littérature que quelques observations de perforation vésicale. Cet accident s'est produit chez le malade de l'*observation 15* (*Professeur Cibert*).

Malade cystostomisé, ayant un cancer de la prostate ; la sonde hypogastrique était très mal tolérée.

Etat général excellent. Alors que l'opération se passait normalement, un court-circuit se produisit ; le malade ressentit une violente douleur dans l'hypogastre avec état de shock. Rapidement retour à la normale. Suites paraissant assez bonnes, avec léger météorisme abdominal.

Au dixième jour, péritonite ; exitus rapide. A l'autopsie, on trouve une péritonite avancée (pus) et une perte de substance de la face postérieure de la vessie avec, à ce niveau, adhérence d'une anse grêle.

Eclatement de vessie.

L'éclatement de vessie reconnaît comme cause soit une distention vésicale trop poussée, favorisée par l'insensibilisation de l'anesthésie (la rachi-anesthésie en particulier), comme cela peut se produire dans toutes les interventions endovésicales, soit par un véritable accident, mal expliqué lors des premiers cas signalés et justement attribué par la suite à l'éclatement des gaz intravésicaux (mélange des gaz résultant des brûlures produites pendant les sections et les coagulations du résecteur, avec l'air ayant pu pénétrer de l'extérieur), lors du passage du courant dans l'anse.

Pour éviter cet éclatement, il faut purger la vessie de l'air qu'elle contient, en pressant fortement la région sus-pubienne à la fin d'une évacuation du contenu vésical, lors des lavages effectués au cours de la résection.

Quelques cas ont été signalés avec souvent guérison en intervenant immédiatement. Nous n'avons observé aucun cas d'éclatement de la vessie.

COMPLICATIONS GENERALES

Les complications générales sont relativement rares dans la résection. Les complications pulmonaires et surtout cardio-vasculaires englobent la presque totalité des cas.

Complications cardio-vasculaires.

L'embolie, les infarctus, les phlébites, la défaillance cardiaque et le shock opératoire sont les principaux accidents cardio-vasculaires.

Embolies. — Infarctus.

Peu de cas ont été signalés, de nombreux auteurs paraissant l'ignorer. Cependant Heusch aurait perdu 4 opérés sur 52 d'embolie; Livermore en aurait observé 3; Papin 1; dans les 212 cas de mort relevés par M. le Professeur Cibert, l'embolie entre pour 12 malades, c'est-à-dire 5,66 % des cas de mort, sensiblement plus que les hémorragies. Il semblerait que depuis quelques années les cas signalés soient plus nombreux.

De toute façon, c'est une complication qui n'est pas

propre à la résection ; elle fait partie des accidents inévitables et particulièrement fréquents dans les opérations sur le petit bassin.

Nous avons eu chez nos réséqués une embolie et deux infarctus.

Observation 50. — Docteur VERRIÈRE. — Cancer (embolie).

Prostatique depuis un an et demi ; cystostomisé ; tube de radium de 48 mmgr.

Résection 6 gr. ; bons résultats.

A la troisième semaine, alors que rien ne faisait prévoir cette évolution, mort par embolie.

Observation 36. — Professeur CIBERT. — Adénome (infarctus).

Dysurie depuis 18 mois ; malade opéré après rétention ; excellents résultats.

Au deuxième jour 39°4, point de côté, dyspnée, crachats sanglants. Apyrexie trois jours après.

Observation 19. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome (infarctus).

Pollakiurie, urée : 0,43. Résidus croissant 75-200 cc. ; résection ; bons résultats.

Au sixième jour, légère température, point de côté, crachats sanglants, le tout rétrocedant rapidement.

Nous signalerons l'*Observation 59* (Docteur VERRIÈRE) :

Cancer de la prostate reséqué, malgré un mauvais état général et ayant nécessité une cystostomie pour infection.

Dysurie et gros résidu. Mort un mois après d'embolie.

Provient-elle de la première ou de la seconde opération ? Il serait plus probable qu'elle soit imputable à la résection.

Ce qui nous ferait donc 2 embolies et 2 infarctus pour 244 résections, c'est-à-dire 1,63 %.

Défaillance cardiaque.

Bien que la résection soit considérée comme une opération bénigne et peu choquante, la défaillance cardiaque et le shock opératoire sont souvent observés, alors que rien ne faisait prévoir ces éventualités, chez des malades à lésions minimales et bien compensées et à l'état général satisfaisant ; cet accident prouve que, chez des malades âgés, une opération, si simple soit-elle, n'est pas toujours aussi inoffensive qu'on veut bien le croire. Les indications opératoires de la résection étant très larges, il est logique par ailleurs que les cœurs défaillants soient nombreux.

Certains auteurs cherchent à obtenir de leurs malades une diurèse très abondante les jours qui suivent la résection ; si ce gavage hydrique n'a aucune importance pour les cœurs sains, il n'en est pas de même pour ceux qui présentent quelques lésions et qui sont submergés, noyés par l'abondance liquidienne qui les surcharge de travail.

Cinq de nos malades ont présenté une défaillance cardiaque qui pour tous a été fatale.

Observation 92. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Tentative de résection infructueuse. Cystostomie. Au neuvième jour : infection générale, urémie ; mort rapide avec signes de défaillance cardiaque.

Observation 119. — Professeur CIBERT. — Dysectasie chez un rétréci.

Cardiaque ancien. Au deuxième jour, apparition de défaillance cardiaque progressive, mort en asystolie au troisième jour.

Observation 120. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Cardiaque ancien ; deux résections, la dernière entièrement satisfaisante. Au 19^e jour, brusquement défaillance cardiaque et mort.

Observation 1^{re}. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Cardiaque, souffle systolique, râles à la base gauche. Cystostomie. Un mois après, résection. Suites immédiates : complications pulmonaires banales, défaillance cardiaque ; décès au dixième jour.

Observation 32. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Cystostomie pour urée élevée, résection 40 jours après.

Résultats moyens, résidu 100, urée 1,25. Nouvelle cystostomie quatre mois après la résection. Un an après la résection, urémie progressive, état général très altéré. Œdème du poumon. Décès deux jours après.

En réalité, sur ces cinq malades ayant présenté une défaillance cardiaque, deux sont morts plus en urémiques qu'en cardiaques. Les phénomènes cardiaques ne se seraient sûrement pas manifestés s'ils n'avaient été provoqués par l'urémie.

Ce qui nous fait 3 insuffisances cardiaques mortelles pour 244 malades, c'est-à-dire 1,23 %.

Deux malades ont présenté des phénomènes de shock intense et sont rapidement décédés. Ce sont les seuls shocks opératoires observés avec le malade portant l'*observation 153 (Prof. Cibert)* dont la tension artérielle initiale 16 était passée à 7 avec état de mal, qu'un traitement rapide (pressyl, éphédrine) avait rapidement remonté et qui a pu subir par la suite deux nouvelles résections sans aucun trouble.

Observation 122. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Résection de 10 gr. Une heure et quart après l'opération, brusquement dyspnée, cyanose, pouls incomptable. Mort.

Observation 137. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Anesthésie générale demandée par le malade. Capacité vésicale 20 cc. Résection, ablation 11 gr.

Le jour même, vomissements, hématemèse, ventre douloureux, contractures, pouls filant ; shock persistant ; décès le lendemain.

En résumé, trois shocks opératoires, l'un sur la table d'opération, les deux autres le premier jour, suivis de mort.

Citons encore deux autres complications cardiaques.

ANGINE DE POITRINE. — *Observation 56.* — Professeur CIBERT. — Adénome.

Vieil angineux. mort 41 jours après une résection, d'une crise d'angine de poitrine, alors que les résultats de la résection étaient parfaits, cette mort n'étant en rien imputable à l'intervention.

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL. — *Observation 164.* — Professeur CIBERT. — Adénome.

Hémiplégie droite avec paralysie faciale, aphasia totale huit jours après la résection. Mort rapide.

En résumé, 11 malades ont présenté des complications cardio-vasculaires, soit 4,51 % ; 8 sont morts, soit 3,27 % Nous avons vu que toutes les morts pouvant se rattacher à l'appareil cardio-vasculaire représentaient 38,1 % des décès.

Complications pulmonaires.

Les complications pulmonaires sont pour ainsi dire inexistantes ; les malades étant traités comme des opérés ordinaires (sinapisation préventive, vaccin Weill et Dufourt), elles ne se voient que chez les vieux bronchitiques, favorisées par la position allongée demandée par la rachi-anesthésie. Très rarement une affection pulmonaire aiguë intercurrente peut survenir.

Trois malades ont présenté des complications pulmonaires ; deux en sont morts, l'un d'une pneumonie double, l'autre de défaillance cardiaque, peut-être présentée par l'histoire pulmonaire ; le troisième a eu une congestion pulmonaire banale.

Observation 105. — Professeur CIBERT. — Dysectasie.

Malade de 73 ans souffrant d'une dysurie ancienne. Rétention au cours des suites opératoires d'un phlegmon du creux ischio-rectal, persistant après quinze jours de sonde à demeure. Cystostomie. Sonde bien tolérée, mais le malade n'en veut pas. Résection : suites simples d'abord. Au 10^e jour, pneumonie double. Mort au 19^e jour.

Observation 155. — Professeur CIBERT. — Adénome.

Cystostomie (urée 2 gr.).

Résection 19 gr. sous anesthésie générale.

Complication pulmonaire : température 39° au 3^e jour, quelques râles discrets à la base gauche sur la ligne axillaire, guérison rapide.

Observation 1. — Docteur VERRIÈRE. — Adénome.

Malade cité dans les complications cardiaques.

Affection valvulaire ancienne. Mort au 10^e jour de dé-

faillance cardiaque, au cours d'une congestion pulmonaire.

Soit trois complications pulmonaires sur 244 malades. Ce qui fait 1,23 %; deux morts^e: 0,82 % en tenant compte du fait que l'une d'elles a plus de responsabilités cardiaques que pulmonaires.

TRANSFORMATION NEOPLASIQUE

On a beaucoup discuté sur la possibilité de transformation maligne des prostates réséquées. Evidemment, la première idée qui vient à l'esprit est qu'une ablation partielle d'une hypertrophie peut laisser subsister un noyau de dégénérescence ou permettre une cancérisation ultérieure des fragments laissés dans une résection, choses qui auraient été évitées par un prostatectomie. Cette opinion était d'autant plus favorablement admise que l'examen des coupes histologiques des prostates avait montré un nombre important de prostates à caractère malin (Albaran, 10 à 15 % environ; Moore, 16,7 % à l'examen histologique de prostates de sujets de 20 à 90 ans, ce qui donne un pourcentage plus élevé pour des malades ayant dépassé 40 à 50 ans: Thèse de Saad, Lyon 1938). Dans la plupart des cas, cette malignité n'avait pas même été suspectée.

Admise primitivement sans réserve, cette façon de penser s'est bientôt vue infirmer par les statistiques: c'est alors qu'est venue l'idée souvent vérifiée anatomiquement que le point de départ du cancer était dans la glande elle-même ou dans la coque, cette dernière étant rapidement atteinte, de telle sorte qu'une résection ou une prostatectomie n'enlevant que l'adé-

nome, en partie ou en totalité, n'avaient que des chances égales dans la suppression radicale de la tumeur, comme semblaient le montrer les statistiques. L'école lyonnaise actuelle, MM. Cibert et Verrière en particulier, se rangent à cette opinion, qui est celle du plus grand nombre des opérateurs américains actuels.

On a reproché à la résection d'accélérer le développement local et la généralisation de la tumeur, opinion soutenue en particulier par Heusch (Berlin), Collings (Etats-Unis), Fey, qui ont rapporté des cas d'exacerbation locale, véritable « flambée » selon le terme de Fey. Cette façon de penser n'est pas admise par la plupart des résectionnistes, qui considèrent que les résultats obtenus par la résection sur les cancers prostatiques sont à tous points de vue pour le moins aussi bons que ceux résultant d'un autre traitement.

MORTALITE OPERATOIRE

Ayant étudié toutes les complications de la résection, nous consacrerons notre dernier chapitre à la mortalité opératoire, qui a suscité tant de discussions, sans qu'il ait été possible d'obtenir des statistiques satisfaisantes. Il est en effet impossible d'attribuer dans ce cas aux chiffres la même signification que pour les autres complications. L'état antérieur du malade importe particulièrement, la résection pouvant être tentée chez des malades en mauvais état général, chez lesquels une prostatectomie serait fatale; certains chirurgiens n'opéreront que des malades à état général relativement bon; d'autres tenteront leurs chances; par ailleurs, les statistiques portent: les unes sur la seule durée du séjour du malade en clinique ou à l'hôpital, d'autres sur des malades qui n'ont pu être suivis, d'autres sur un nombre trop restreint de cas, d'autres enfin en ne tenant pas compte des morts dues à une autre cause que l'opération elle-même et ses complications propres.

Il serait vain de vouloir dresser une véritable statistique de la mortalité opératoire; néanmoins, pour avoir un aperçu, nous citerons quelques chiffres puisés dans le rapport de M. le Professeur Cibert à l'Association Française d'Urologie (octobre 1938):

Américains :

Alyea : 1,85 % sur 350 cas.

Collings : 5,3 % sur 75 malades.

Bumpus : 1 %.

Dawis : 0,5 % sur 600 cas.

Rolnick et Riskind : 18,5 % sur 283 résections.

La Mayo Clinique : 0,65 % sur plus de 1.000 cas.

Allemands :

Schneider : 2,5 % sur 78 résections.

Schroder : 2,5 % sur 81 cas.

Puhl : 14,3 % sur 42 cas.

Kirschner : 12 % sur 42 résections.

Français :

Papin : 5 % sur 60 malades.

Flandrin : 9,25 % sur 54 cas.

Gouverneur : 2,77 % sur 72 cas.

Beylot : 8 % sur 25 cas.

Denis : 1,6 % sur 60 résections.

Ces statistiques, mentionnant les cas moyens et quelques cas extrêmes, donnent une idée de leur valeur toute relative.

Beaucoup plus intéressante est la statistique des causes de la mort après la résection ; nous nous rapporterons ici encore à la même publication (212 cas de décès relevés par M. le Professeur Cibert chez plus de 20 opérateurs) et qui se répartissent ainsi :

Urémie, infection urinaire ascendante, septicémie	42,9 %
Cardiaques	19,3 %

Accidents opératoires (perforation vésicale, péritonite, phlegmons périurétraux)....	8,96 %
Complications pulmonaires	8,96 %
Embolies	5,66 %
Hémorragies	5,18 %
Causes cérébrales (hémiplegie, apoplexie).	2,38 %

M. le Professeur Cibert en conclut que l'urémie, l'infection urinaire, les accidents opératoires, l'hémorragie, soit 57 % de la mortalité, représentent les causes inhérentes à l'opération, les autres faisant partie des risques opératoires ordinaires ou étant la rançon d'une chirurgie pour les malades âgés.

De ce pourcentage, on pourrait enlever une importante proportion de malades tarés, à l'état général déficient, chez qui on a tenté une résection ou pour lesquels on a cru cette opération trop bénigne. On sait maintenant qu'il ne faut pas s'abuser de cette bénignité, qu'il vaut souvent mieux laisser un cystostomisé ne souffrant pas de sa sonde d'une façon intolérable que de l'opérer; qu'il faut se méfier particulièrement des malades porteurs d'une affection nerveuse (hémiplegiques, déficients intellectuels, tabétiques, parkinsonniens, etc.), si bien que l'on peut considérer actuellement, qu'avec une indication opératoire pesée, puis en se plaçant dans les meilleures conditions, la mortalité est des plus minimes.

Sur nos 244 malades, 24 sont décédés; mais 3 morts sont indépendantes de la résection.

Voici leurs observations :

Observation 15. — Cancer.

Perforation de la vessie au 10^e jour. Péritonite.

Cystostomie antérieure.

Observation 31. — Adénome.

Infection urinaire ascendante à début vésical.

Observation 42. — Cancer.

Infection urinaire ascendante et hémorragie (insuffisante à elle-même pour avoir entraîné la mort). Décès cinq jours après, au 19^e jour.

Observation 75. — Résection pour mauvais résultat d'une protaectomie. Infection urinaire, urémie et hémorragie (insuffisante pour avoir entraîné la mort).

Observation 86. — Adénome.

Infection urinaire ascendante chez un sujet âgé (81 ans).

Observation 92. — Adénome.

Infection urinaire ascendante et troubles cardiaques (77 ans).

Observation 98. — Adénome.

Urée 0,80; résidu 150 avant la résection ; augmentation progressive du taux de l'urée. Mort au 15^e jour d'urémie.

Observation 105. — Adénome.

Pneumonie double le 10^e jour. Décès le 19^e.

Observation 110. — Résection pour mauvais résultat d'une prostatectomie.

Infection urinaire ascendante malgré une cystostomie préalable.

Observation 119. — Dysectasie chez un rétréci ; cardiaque ancien ; mort en asystolie trois jours après.

Observation 120. — Adénome.

Bons résultats d'une deuxième résection. Cardiaque ancien; au 19^e jour, brusquement, défaillance cardiaque.

Observation 122. — Adénome.

Une heure et quart après l'opération, brusquement, dyspnée, cyanose, pouls incomptable. Mort.

Observation 124. — Adénome.

Infection urinaire lente, cachexie après une résection interrompue par une panne mécanique, infection lente, cachexie ; mort au 26^e jour.

Observation 133. — Adénome.

Infection générale lente au 15^e jour. Cystostomie au 30^e jour, emmené mourant par sa famille.

Observation 137. — Adénome.

Choc opératoire persistant. Mort le lendemain.

Observation 164. — Adénome.

Ramollissement. Hémiplégie au 8^e jour. Mort rapide.

Observation 1. — Adénome.

Cystostomie antérieure, cardiaque ancien, décès au 10^e jour de défaillance cardiaque.

Observation 16. — Adénome.

Après une deuxième résection, infection urinaire ascendante, urémie ; décès au 6^e jour.

Observation 26. — Adénome.

Bons résultats, même éloignés, mort cinq mois après l'opération ; aucun renseignement précis.

Observation 32. — Adénome.

Résultats moyens (résidus). Urémie progressive avec insuffisance cardiaque ; décès un an après.

Observation 50. — Cancer.

Embolie au 20^e jour, imprévue : excellent état général ; cœur bon (Cystostomie antérieure à la résection ; à ce moment, mise en place d'un tube de radium de 48 microgrammes).

Voici les trois observations pour lesquelles la mort ne peut être imputée à la résection.

Observation 56. — Professeur CIBERT. — Dysectasie.

Résultats excellents, angineux ancien. Décès au 41^e jour lors d'une crise d'angine de poitrine.

Observation 33. — Docteur VERRIÈRE. — Cancer.

Bons résultats locaux ; l'état général décline au 15^e jour. Anémie. Anorexie presque absolue. Mort deux mois après. Autopsie : cancer secondaire du foie, du poumon.

Observation 59. — Docteur VERRIÈRE. — Cancer.

Rétention ; on décide de faire une résection, mais en faisant des réserves, l'obstacle paraissant au-dessous du sphincter. Résection normale ; on trouve en plus au-dessous du véru montanum une saillie tumorale à l'intérieur de l'urètre. Suites immédiates simples ; mais ultérieurement, température, dysurie, gros résidu nécessitant une cystostomie. Mort un mois après, d'embolie.

En résumé : 21 morts sur 244 malades, soit 8,60 %.

Infection : Obs. 31, 42, 75, 86, 92, 98, 110, 124, 133. Professeur Cibert. — 16, 32. Docteur Verrière.

Complications cardiaques : Obs. 119 (Asystolie), 120 (Défaillance), 122 et 137 (Choc). Professeur Cibert. — Obs. 1 (Défaillance). Docteur Verrière.

Accidents opératoires : Obs. 15. Professeur Cibert (Perforation vésicale).

Complications pulmonaires : Obs. 105. Professeur Cibert (Pneumonie double).

Complications nerveuses : Obs. 164. Professeur Cibert (Ramollissement).

Embolie : Obs. 50. Docteur Verrière.

Divers : 26. Docteur Verrière. Pas de renseignements sur la mort du malade.

D'où les chiffres suivants :

		Des opérés	Des morts
Infection et urémie..	11	4,5 %	52,4 %
Cardiaques	5	2,5 %	23,8 %
Accidents opératoires	1	0,41 %	4,75 %
Compl. pulmonaires.	1	0,41 %	4,75 %
Embolies	1	0,41 %	4,75 %
Compl. Nerveuses ..	1	0,41 %	4,75 %
Divers	1		
Hémorragies	0		

En groupant les complications :

		Des opérés	Des morts
Infection et urémie..	11	4,5 %	52,4 %
Co. cardiovasculaires	8	3,27 %	38,1 %
Accidents opératoires	1	0,41 %	4,75 %
Cause inconnue	1	0,41 %	4,75 %
Compl pulmonaires.	1	0,41 %	4,75 %

CONCLUSIONS

La résection endoscopique de la prostate, sans exclure en aucune façon la prostatectomie, qui conserve toutes ses indications propres, se présente ainsi avant tout comme une opération bénigne, permettant de plus grandes indications opératoires, un séjour généralement moins long en clinique, des suites opératoires bien meilleures, l'absence de cystostomie préalable et une indolence relative pendant l'opération et les jours qui suivent ; mais c'est une opération difficile, bien que simple, exigeant de nombreux soins pré- et post-opératoires, une grande expérience, une instrumentation parfaite, seules conditions pouvant lui garder sa bénignité. Nous avons spécialement insisté dans ce travail sur les soins post-opératoires ; ils ont en effet une très grande importance et requièrent de ceux qui en sont chargés une éducation parfaite et une conscience professionnelle rigoureuse, faute de quoi, toute une série de complications peut se produire, indépendamment de celles qui, comme dans tout acte chirurgical, sont inévitables.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CIBERT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Avril 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie très complète ayant été faite par M. le Professeur Cibert, dans son compte rendu à l'Association Française d'Urologie (Paris 1938), sur les publications postérieures au rapport de Fey et Dossot (1933), ouvrages auxquels on pourra se rapporter, nous ne citerons ici que les publications parues dans les quelques mois écoulés entre le rapport de M. le Professeur Cibert et notre thèse.

BLUMEL. — Résultats de l'électro-résection transurétrale de la prostate. *Beitrag Zur Klinischen Chirurgie*, vol. 168. 2 Frs. 31 octobre 1938.

BRUNI. — La résection transurétrale de la prostate, telle qu'elle est vue en Amérique. *La riforma Médica*, 16 avril 1938, p. 571).

CREEVY. — La place de la résection transurétrale dans la chirurgie de la prostate. *Surgery St-Louis*, vol. 3, N° 5, mai 1938).

R. DENIS. — Au sujet de la résection transurétrale de la prostate. (*Rev. Pra. des mal. des organes génito-urinaires*, sept. 1938, p. 132).

J. GILBERT. — Quelques points de la technique de la résection prostatique transurétrale ; *Journ. d'Urol.*, N° 11, t. 46, juillet 1938).

Louis MICHON. — Indications de la résection transurétrale

Ch. MOULLET. — Résection prostatique transurétrale. La Question des grosses prostates. (*Le Monde Médical*, N° 926, 15 novembre 1938, p. 873).

REISNER. — Résultats durables après résection prostatique par électro-chirurgie transurétrale. (*Mun. Mediz. Woch.*, t. 85, N° 39, 30 sept. 1938). 1514-1519. In *Presse Médicale*, N° 17, mars 1939.

RIEDER — Pratique de la résection transurétrale de la prostate. (*Zentralblatt für Chirurgie*, N° 17, 23 avril 1938).

WILDBOLTZ. — Les suites de la résection prostatique électrique transurétrale dans l'hypertrophie de la prostate. (*Wochweizerische Medizinische Wochenschrift*, 30 avril 1938, p. 517).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	9
Soins post-opératoires.	13
Complications.	21
L'Insuffisance.	22
L'Incontinence.	33
L'Hémorragie.	39
L'Infection.	53
Autres complications locales (rétrécissement de l'urètre, perforation, éclatement de vessie)....	64
Complications générales (cardio-vasculaires, pul- monaires).	68
Transformation néoplasique.	75
Mortalité opératoire.	77
CONCLUSIONS.	85
BIBLIOGRAPHIE.	86



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



